

Buch

Die Gesundheit der Zukunft

Wie wir das System wieder fit machen

von

Prof. Dr. Mark Dominik Alscher

Prof. Dr. Boris Augurzky

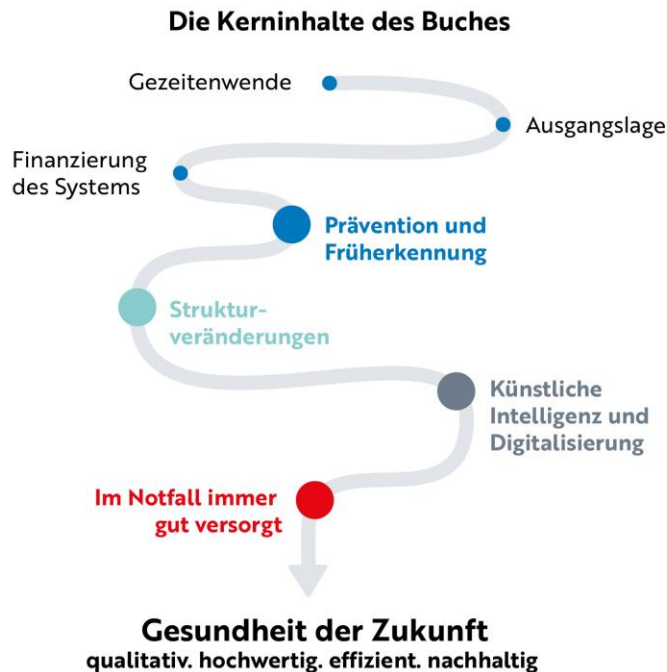
Prof. Dr. Christian Karagiannidis

83 Grafiken aus dem Buch mit Erläuterungen

Dieses Dokument enthält die Grafiken aus dem Buch „Die Gesundheit der Zukunft“ mit Erläuterungen. Die Grafiken veranschaulichen zentrale Konzepte und Lösungen zur Gestaltung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung. Die visuelle Darstellung unterstützt das Verständnis der Herausforderungen und Potenziale der notwendigen Transformation im Gesundheitswesen und zeigt konkrete Ansätze, wie eine effizientere und nachhaltigere Versorgung realisiert werden kann.

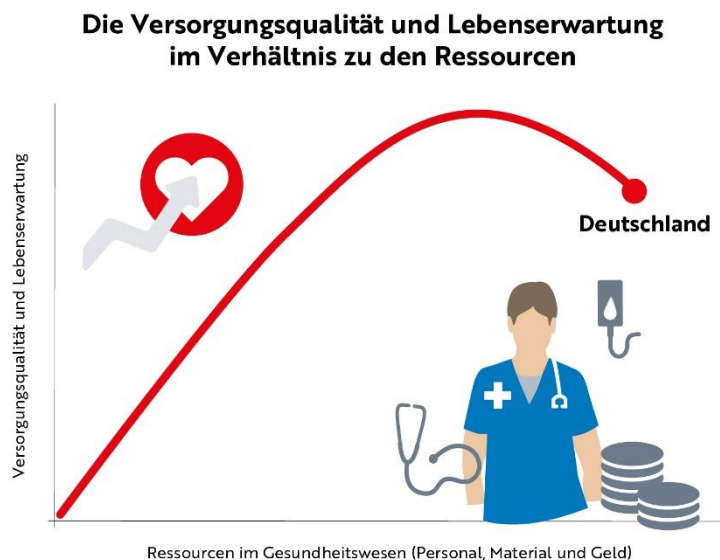
Quelle: *Bosch Health Campus GmbH*

Die Gezeitenwende im Gesundheitswesen (S.9)



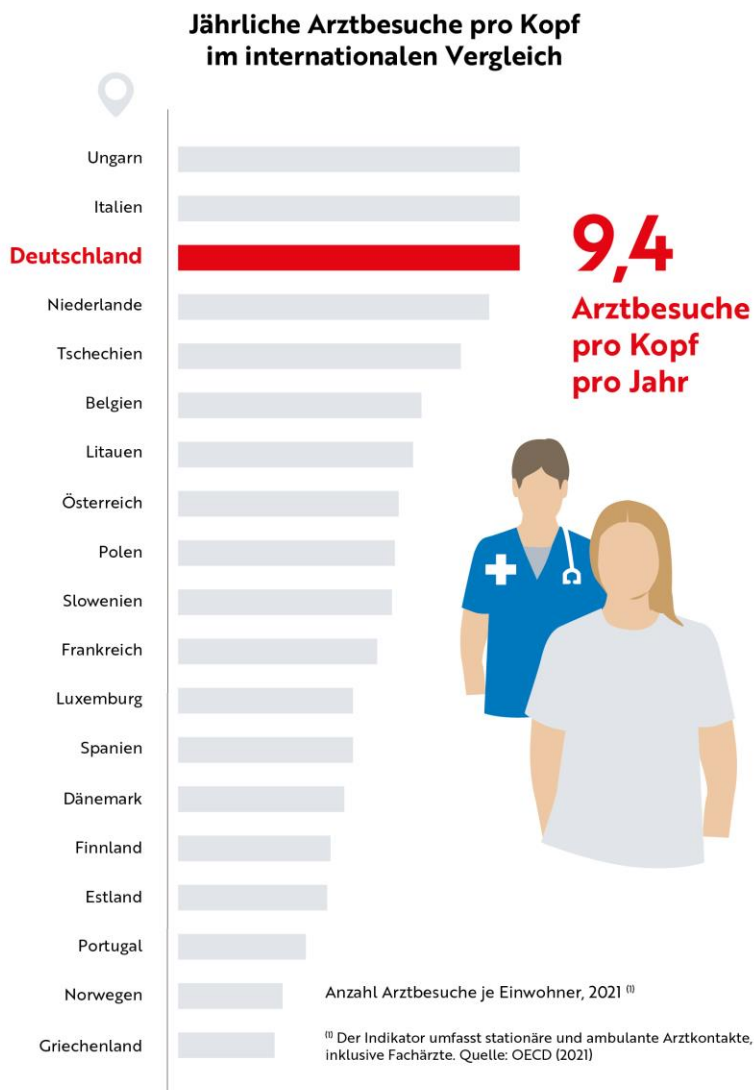
Beschreibung: Eine zusammenfassende Übersicht der Hauptthemen des Buches. Im Gesundheitswesen zeichnet sich eine Gezeitenwende ab: Weniger Menschen können die steigende Nachfrage durch den demografischen Wandel decken. Das Ungleichgewicht zwischen Bedarf und Angebot wächst schnell. Um eine gute Versorgung weiterhin zu gewährleisten, sind tiefgreifende Reformen und eine gesellschaftliche Transformation notwendig. Diese Transformation bringt sowohl Veränderungen und Ängste mit sich, bietet jedoch auch die Chance, ein effizienteres und qualitativ besseres Gesundheitssystem zu schaffen. Das Buch zeigt, wie diese Veränderung gelingen kann und bietet konkrete Lösungen.

#Gesundheit2030: Warum der Wandel gelingen kann (S.11)



Beschreibung: Eine tiefgreifende Reform der Versorgungsstruktur im Gesundheitswesen ist notwendig, um die Sektoren besser zu vernetzen und das System effizienter zu gestalten. Trotz hoher materieller und personeller Ressourcen führt dies nicht zu besseren Behandlungsergebnissen, da die Angebote unkoordiniert und das Personal zu knapp ist. Ein einfaches „Mehr“ an Ressourcen würde die Qualität eher gefährden als verbessern.

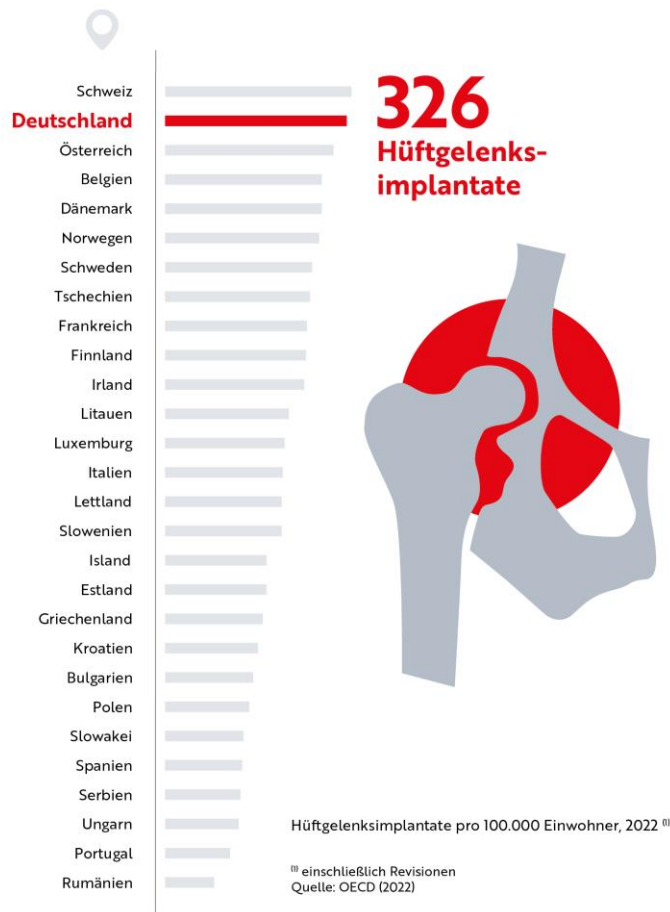
#Gesundheit2030: Warum der Wandel gelingen kann (S.14)



Beschreibung: Deutschland weist im europäischen Vergleich eine hohe Zahl an Arztkontakten auf, die jedoch nicht mit einer geringeren Morbidität oder Sterblichkeit korreliert. Eine Reduktion dieser Kontakte durch bessere Lotsenfunktionen, nicht-ärztliche Behandlungen, KI, eine funktionierende ePA und die Einführung einer Selbstbeteiligung könnten entscheidende Schlüssel für künftige Reformen sein.

#Gesundheit2030: Warum der Wandel gelingen kann (S.16)

Zahl der Hüftgelenksimplantate im internationalen Vergleich



Beschreibung: Deutschland liegt mit der Schweiz an der internationalen Spitze der Hüftgelenksimplantate mit 326 pro 100.000 Einwohner. Das 2004 eingeführte DRG-System hat Transparenz im Krankenhausbereich geschaffen, die Effizienz gesteigert und gleiche Preise für alle Kliniken festgelegt. Es führte jedoch zu einer Ausweitung spezialisierter Leistungen, wie Hüft- und Knieprothesenimplantationen, ohne dass Ressourcen und Versorgungsqualität im gleichen Maße mitwuchsen. Trotz der hohen Zahl an Hüftgelenksimplantationen in Deutschland zeigt sich, dass die Lebensqualität und Mobilität der Patient:innen im EU-Vergleich unterdurchschnittlich sind.

Bosch Health Campus GmbH

Auerbachstraße 110 | 70376 Stuttgart | Germany

Tel. +49 711 8101-2672

irina.cichon@bosch-health-campus.com

www.bosch-health-campus.com

Wo wir 2025 stehen (S.18)

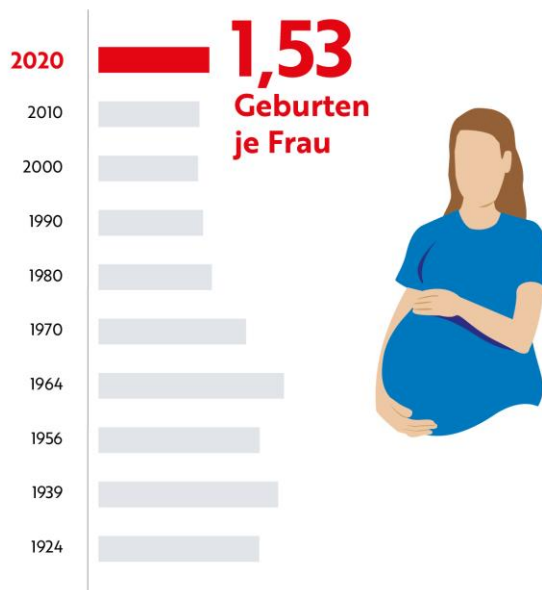
Der demografische Wandel



Beschreibung: Im Gesundheits- und Rentensystem versorgen die jüngeren Generationen die älteren. 1992 kümmerten sich noch 4,2 Erwerbstätige im Alter von 20 bis 64 Jahren um einen über 65-Jährigen, 2022 waren es nur noch 2,7. Dies bedeutet, dass heute ein 20- bis 64-Jähriger fast 1,6-mal so produktiv sein muss wie vor 30 Jahren, um die damalige Situation zu erhalten.

Wo wir 2025 stehen (S.19)

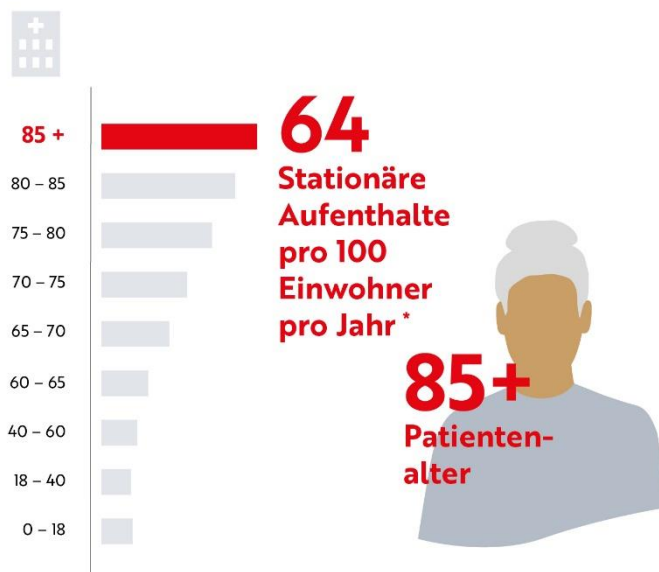
Entwicklung der Geburtenrate im Zeitverlauf



Beschreibung: Im Jahr 2020 lag die Geburtenrate in Deutschland bei 1,53 Geburten je Frau. Die niedrige Geburtenrate seit den 1970er Jahren führt zu einer schrumpfenden Bevölkerung, da weniger Kinder geboren werden, als für die Reproduktion notwendig wäre. Der Babyboom der 1950er und 1960er Jahre brachte zunächst eine wachsende Erwerbstätigenzahl, doch ohne Zuwanderung und steigende Lebenserwartung würde die Bevölkerung heute um ein Drittel schrumpfen.

Wo wir 2025 stehen (S.20)

Demografische Alterung mit steigendem Bedarf an Gesundheitsleistungen



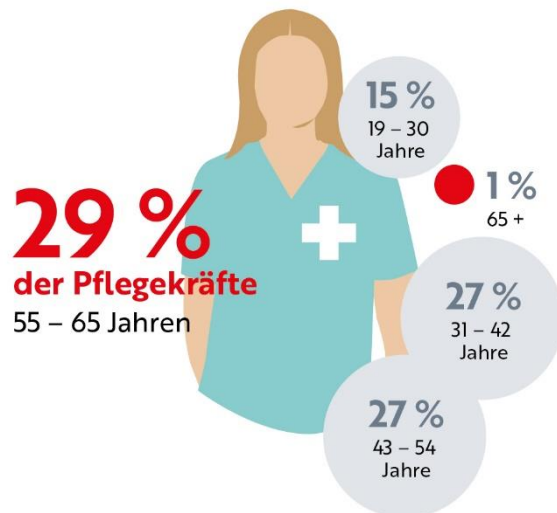
* Anzahl stationäre Fälle bezogen auf 100 Einwohner (je Altersklasse), 2022

Anmerkung: Stationäre Mehrfachbehandlungen sind bei einigen Patienten die Regel

Beschreibung: Im Jahr 2022 haben Patient:innen über 85 Jahre im Durchschnitt 64 stationäre Aufenthalte pro 100 Einwohner jährlich. Die Bevölkerung Deutschlands ist von 78 Millionen im Jahr 1970 auf 84 Millionen im Jahr 2022 gewachsen, während die Menschen im Durchschnitt deutlich älter wurden. Dies führte zu einem Anstieg des Bedarfs an Gesundheitsleistungen, da vor allem ältere Menschen die höchste Krankenhaushäufigkeit aufweisen.

Wo wir 2025 stehen (S.21)

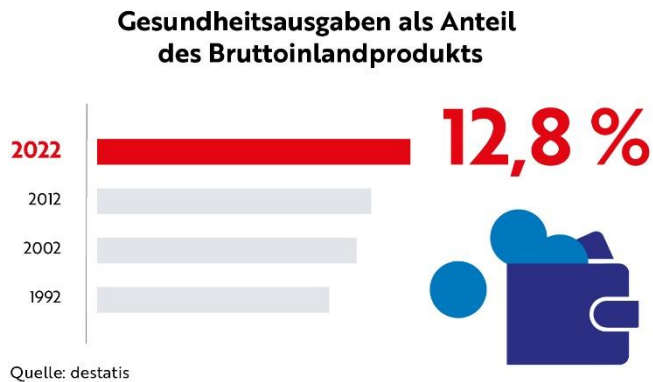
Durchschnittsalter der Pflegekräfte*



* Am Beispiel der Daten der Pflegekammer NRW 2023

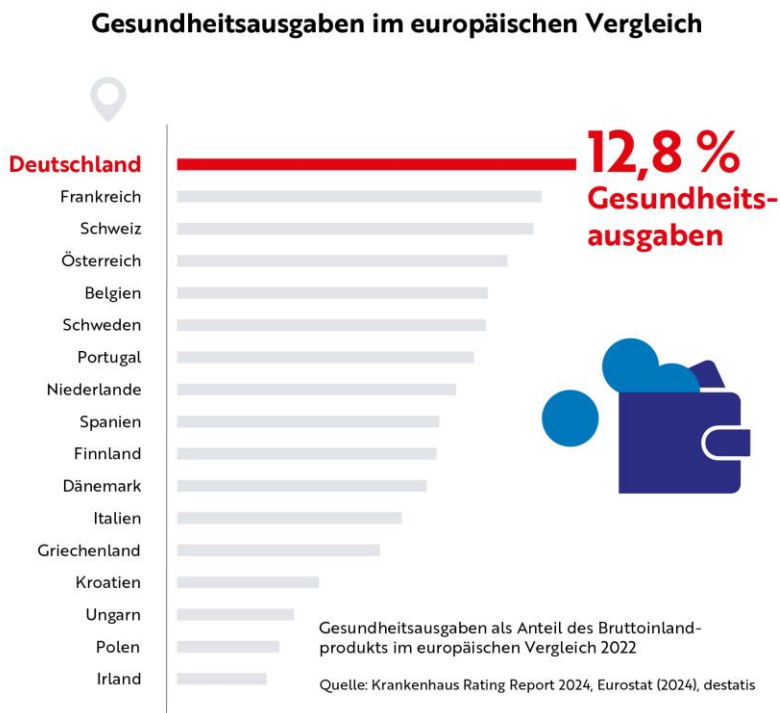
Beschreibung: Die Belegschaft im Gesundheitswesen wird ebenfalls älter. Die Statistik der Pflegekammer Nordrhein-Westfalens zeigt einen „Überhang“ älterer Pflegekräfte im Vergleich zu jüngeren. In Nordrhein-Westfalen liegt der größte Anteil der Pflegekräfte im Alter zwischen 55 und 65 Jahren bei 29 Prozent.

Wo wir 2025 stehen (S.22)



Beschreibung: Die Gesundheitsausgaben in Deutschland machten im Jahr 2022 12,8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts aus. Die Beiträge zu den Sozialversicherungen hängen von der Wirtschaftslage ab, sodass steigende Wirtschaftsergebnisse auch höhere Einnahmen für die Sozialversicherungen bringen. Aufgrund des Wirtschaftswachstums stiegen auch die Gesundheitsausgaben, doch diese wuchsen in der Vergangenheit schneller als das Bruttoinlandsprodukt (BIP).

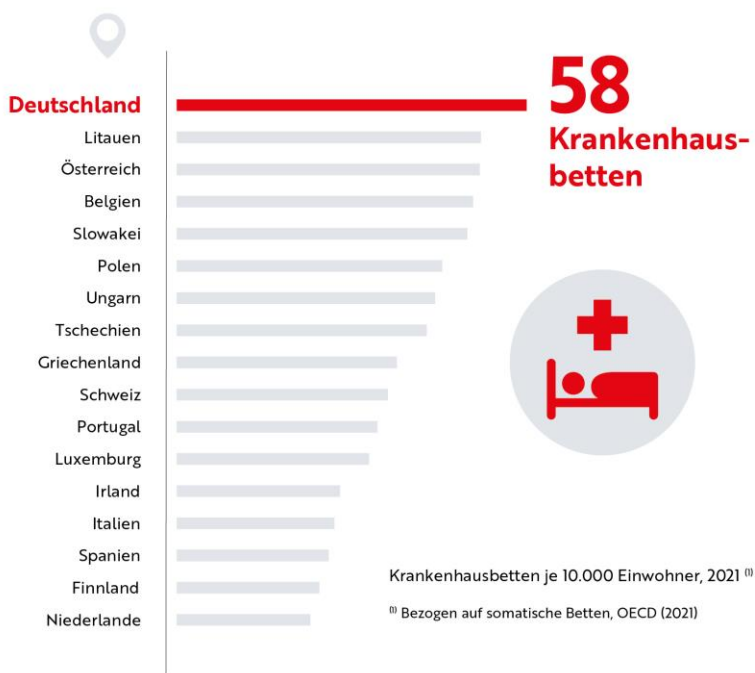
Wo wir 2025 stehen (S.23)



Beschreibung: Im Jahr 2022 machten die Gesundheitsausgaben in Deutschland 12,8 Prozent des Bruttoinlandprodukts aus. Im Vergleich innerhalb der EU verfügt Deutschland über das teuerste System, mit einem deutlich erkennbaren Trend zu einer ungebremsten weiteren Kostensteigerung.

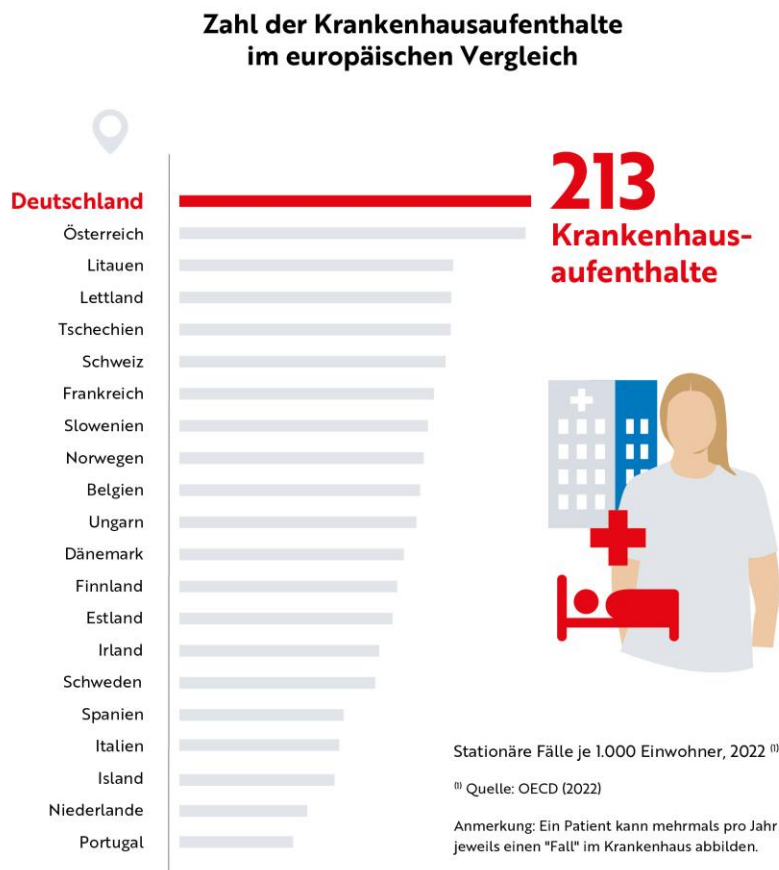
Wo wir 2025 stehen (S.25)

Zahl der Krankenhausbetten im europäischen Vergleich



Beschreibung: Deutschland verfügt über eine äußerst hohe Anzahl an Krankenhausbetten und -standorten. Mit 58 somatischen Betten pro 10.000 Einwohner nimmt es im internationalen Vergleich eine Spitzenposition ein.

Wo wir 2025 stehen (S.26)



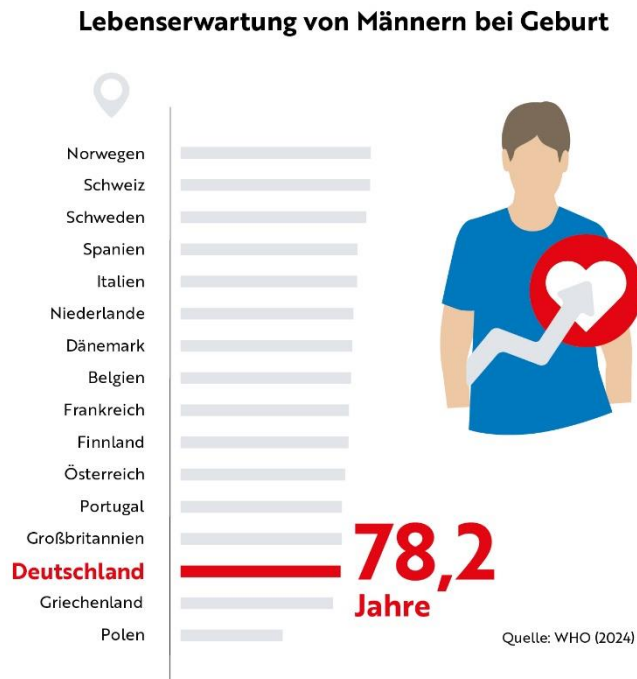
Beschreibung: Deutschland steht mit 213 Krankenhausaufenthalten je 1.000 Einwohner international an der Spitze. Trotz dieser hohen Zahlen ist die durchschnittliche Größe der Krankenhäuser erstaunlich klein, da die somatischen Fälle auf etwa 1.700 Standorte verteilt sind. Hinzu kommen rund 350 Standorte für psychische und psychosomatische Erkrankungen, was im Verhältnis zur Einwohnerzahl eine sehr hohe Standortdichte ergibt.

Wo wir 2025 stehen (S.28)



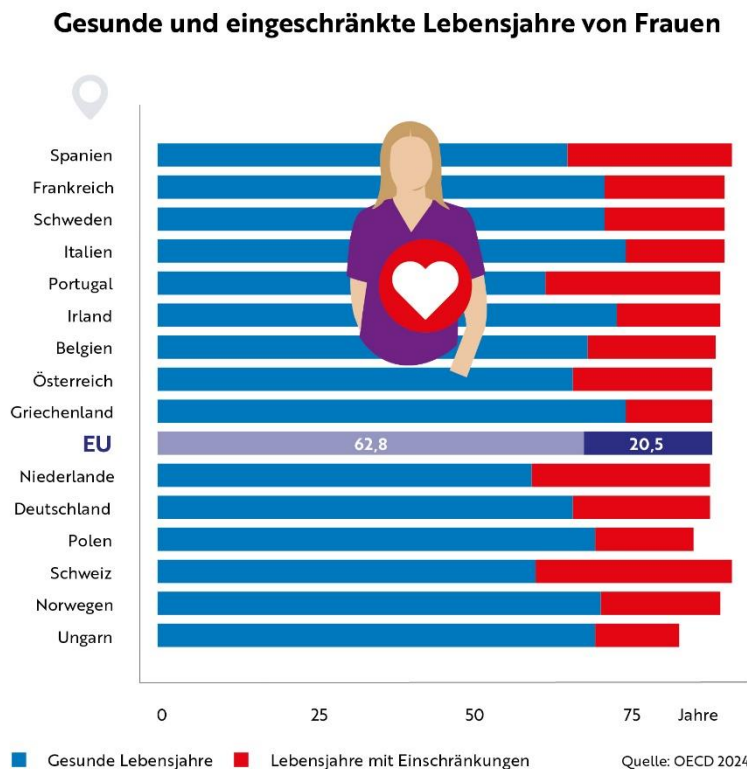
Beschreibung: Im Jahr 2024 beträgt die Lebenserwartung von Frauen bei der Geburt 82,9 Jahre, was im Vergleich zu anderen europäischen Ländern deutlich niedriger ist.

Wo wir 2025 stehen (S.29)



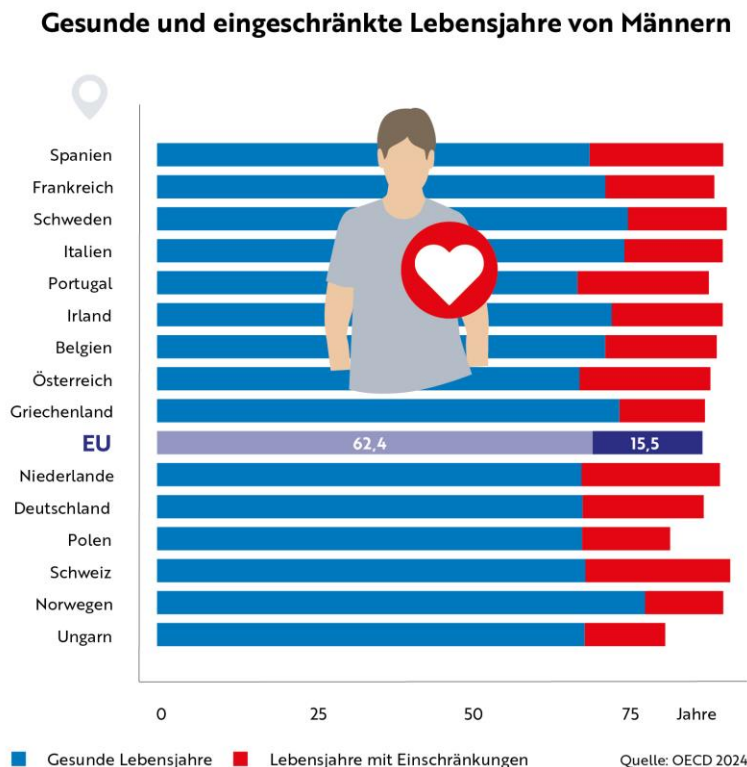
Beschreibung: Im Jahr 2024 liegt die Lebenserwartung von Männern bei der Geburt bei 78,2 Jahren, was im Vergleich zu anderen europäischen Ländern deutlich niedriger ist.

Wo wir 2025 stehen (S.30)



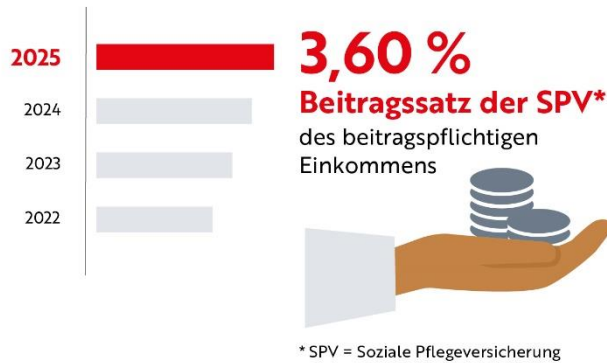
Beschreibung: Laut den neuesten OECD-Daten beträgt die Lebenszeit ohne wesentliche Einschränkungen in Deutschland lediglich 61 Jahre. Damit liegt Deutschland bei der **Zahl gesunder Lebensjahre unter** und bei der **Zahl der Jahre mit gesundheitlichen Einschränkungen über** dem EU-Durchschnitt. Das umfangreiche Angebot scheint daher wenig zielführend, und die aktuelle Versorgungsstruktur könnte eher Teil des Problems als der Lösung sein.

Wo wir 2025 stehen (S.31)



Beschreibung: Laut den neuesten OECD-Daten beträgt die Lebenszeit ohne wesentliche Einschränkungen in Deutschland lediglich 61 Jahre. Damit liegt Deutschland bei der **Zahl gesunder Lebensjahre unter** und bei der **Zahl der Jahre mit gesundheitlichen Einschränkungen über** dem EU-Durchschnitt. Das umfangreiche Angebot scheint daher wenig zielführend, und die aktuelle Versorgungsstruktur könnte eher Teil des Problems als der Lösung sein.

Wo wir 2025 stehen (S.32)



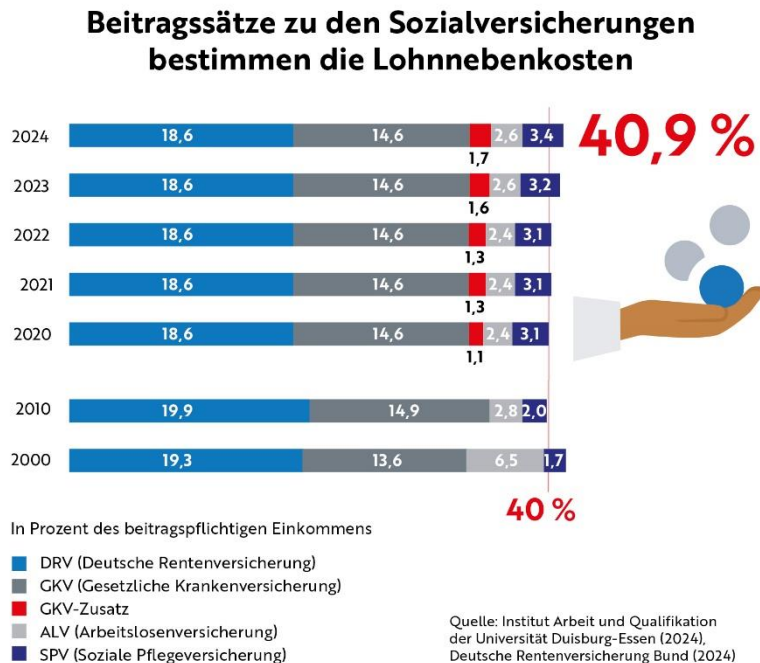
Beschreibung: 1995 wurde die Pflegeversicherung in Deutschland eingeführt. Der Beitragssatz von 1,7 Prozent im Jahr 2000 ist mittlerweile auf 3,6 Prozent gestiegen und hat sich damit mehr als verdoppelt.

Wo wir 2025 stehen (S.33)



Beschreibung: Der GKV Zusatzbeitrag soll 2025 in Deutschland bereits bei 2,50 Prozent liegen. Laut dem Schätzerkreis des Bundesamts für Soziale Sicherung wird der Zusatzbeitrag zur GKV im Jahr 2025 damit voraussichtlich um 0,8 Prozentpunkte steigen – ein Anstieg, der bislang in dieser Höhe noch nie verzeichnet wurde.

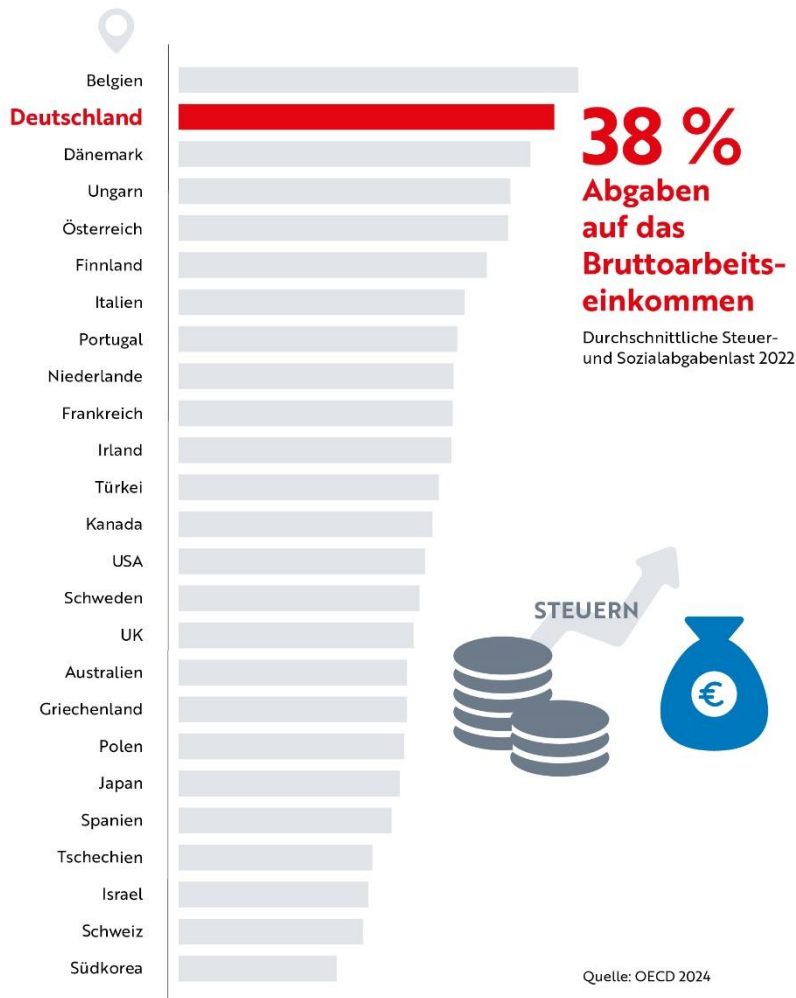
Wo wir 2025 stehen (S.34)



Beschreibung: Die Beitragssätze zu den Sozialversicherungen liegen im Jahr 2024 bei 40,9 Prozent. Die Unterteilung erfolgt nach DRV, GKV, GKV-Zusatz, ALV und SPV. In den 1970er Jahren überschritt die Summe aller Sozialversicherungsbeiträge erstmals die 30 Prozent-Marke und stieg bis zum Ende der 1990er Jahre auf über 40 Prozent, was durch die hohe Arbeitslosigkeit bedingt war. Seit 2009 konnte die Quote meist unter 40 Prozent gehalten werden, doch 2022 wurde diese Grenze erneut überschritten.

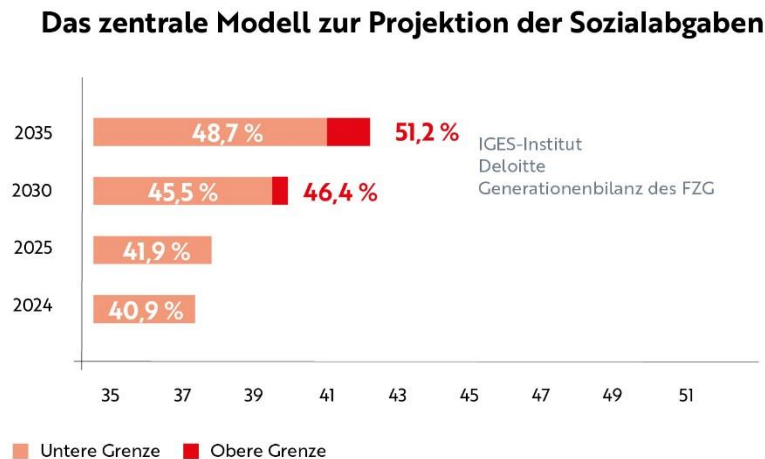
Wo wir 2025 stehen (S.35)

Steuer- und Sozialabgaben auf das Bruttoarbeitseinkommen



Beschreibung: Die Sozialabgaben auf das Bruttoarbeitseinkommen liegen in Deutschland bei 38 Prozent und damit deutlich höher als in allen anderen Ländern der Welt. Die hohe Sozialabgabenquote ist besonders besorgniserregend, da der demografische Wandel noch bevorsteht. Diese Belastung betrifft nicht nur die Erwerbstätigen, sondern führt auch zu hohen Lohnnebenkosten für Unternehmen, welche die internationale Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigen.

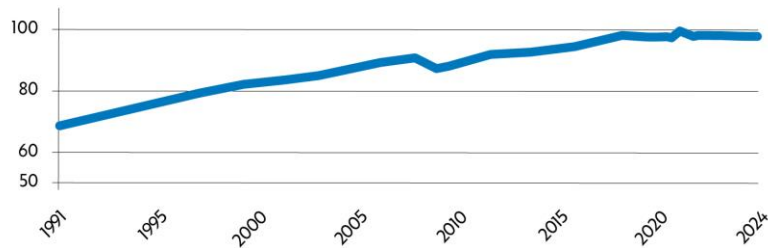
Wo wir 2025 stehen (S.36)



Beschreibung: Das Basismodell projiziert die Beitragssatzentwicklung im deutschen Sozialsystem bis 2035, unter Berücksichtigung demografischer Veränderungen, eines jährlichen Kostendrucks im Gesundheitswesen von 1 Prozent und bereits beschlossener Reformen. Es berücksichtigt außerdem die Ergebnisse der 166. Steuerschätzung (Mai 2024), der Gemeinschaftsdiagnose (2024) sowie Schätzungen des GKV-Schätzerkreises und den Transformationsfonds. Die Sozialabgaben steigen demnach ohne Gegenmaßnahmen von bisherigen 40,9 Prozent auf 48,7-51,2 Prozent bis 2035.

Wo wir 2025 stehen (S.37)

Arbeitsproduktivität Deutschland, normiert auf 2020 = 100



Quelle: Bundesbank „Deutschland / Gesamtwirtschaftliche Übersicht / Arbeitsproduktivität je Erwerbstätigenstunde / in verketteten Vorjahrespreisen (Kettenindex) / nur saisonbereinigt“

Beschreibung: In Deutschland zeigt sich ein Anstieg der Arbeitsproduktivität von 1991 bis 2020 um etwa 30 Prozent. Seither stagniert sie auf diesem Niveau. **Gesamtwirtschaftliche Arbeitsproduktivität stagniert und kann steigende Lohnnebenkosten nicht abfangen.**

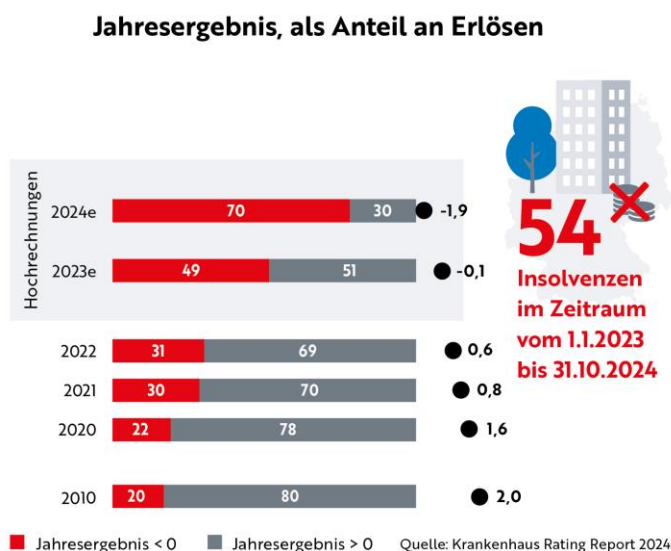
Wo wir 2025 stehen (S.37)



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2024, GBE Bund (2024), Statistisches Bundesamt (2024)

Beschreibung: In 2023 hat eine ärztliche Vollkraft im Krankenhaus pro Jahr 99 Fälle behandelt. Ein Rückgang um 27 Prozent von 2010 auf 2020. Die Krankenhäuser haben sich schrittweise an den seit 2010 langsam sinkenden Rückgang der Behandlungsfälle je Vollzeitkraft angepasst, da die Erlöse pro Fall im Gegenzug stärker gestiegen sind. Dadurch konnten die überproportionalen Anstiege der Personalkosten ausgeglichen werden.

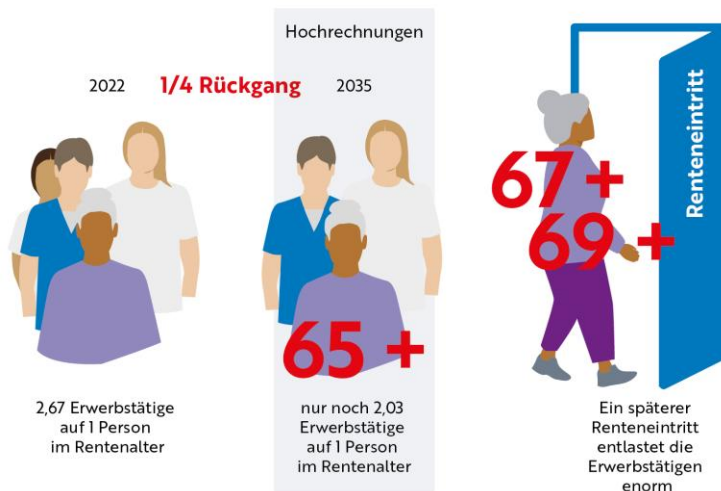
Wo wir 2025 stehen (S.38)



Beschreibung: 70 Prozent der Kliniken werden nach der Schätzung des Krankenhaus Rating Reports 2024 rote Zahlen schreiben. Der Einbruch der Patient:innenzahlen seit Corona wurde in den ersten Pandemie Jahren durch staatliche Hilfen ausgeglichen. Ab 2022 ersetzen Energiehilfen und ein Härtefallfonds diese Unterstützung, was eine Stabilisierung der Krankenhausfinanzen ermöglichte. Ohne weitere Hilfen hat sich die wirtschaftliche Lage jedoch verschlechtert, und von Januar 2023 bis Oktober 2024 meldeten 54 von 1.700 Krankenhäusern Insolvenz an.

Wo wir 2025 stehen (S.39)

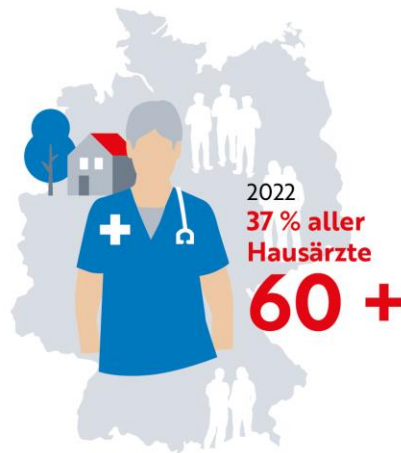
Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung im Verhältnis zur Zahl der Menschen im Rentenalter



Beschreibung: Hochrechnungen zeigen, wie viele Erwerbstätige auf eine Person im Rentenalter kommen. 2022 waren es noch 2,67 Personen, 2035 nur noch 2,03. Ein späterer Renteneintritt entlastet daher enorm. Die Zahl der erwerbsfähigen Menschen schrumpft, wohingegen die Zahl der älteren Menschen steigt.

Wo wir 2025 stehen (S.40)

Altersstruktur von Hausärzt:innen in Deutschland



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Beschreibung: Die Hausärzteschaft altert: 2022 waren 37 Prozent der Hausärzte über 60 Jahre alt und werden bald in den Ruhestand gehen. Diese Personalentwicklungen machen eine nachhaltige Versorgung zunehmend schwierig.

Wo wir 2025 stehen (S.41)



Beschreibung: Besonders in ländlichen Regionen haben Arztpraxen Schwierigkeiten, Nachfolger zu finden. In den kommenden Jahren wird mit steigenden Engpässen in der hausärztlichen Versorgung gerechnet, da in 24 Prozent der Landkreise und kreisfreien Städte die Versorgung gefährdet und in 12 Prozent stark gefährdet ist.

Wo wir 2025 stehen (S.42)

Ergebnisse einer Allensbach-Umfrage zur ärztlichen Versorgung (2024)

Erwartung, dass sich Versorgung verschlechtert



Negative Erfahrung mit ärztlicher Versorgung



Beschwerden über Ärztemangel



Quelle: hcb, Institut für Demoskopie Allensbach, FAZ 25.07.2024

Beschreibung: In einer *Allensbach* Umfrage aus dem Jahr 2024 erwarteten 52 Prozent der Befragten, dass sich die Versorgung verschlechtert, 40 Prozent haben negative Erfahrungen mit der ärztlichen Versorgung gemacht und 38 Prozent beschwerten sich über den Ärztemangel.

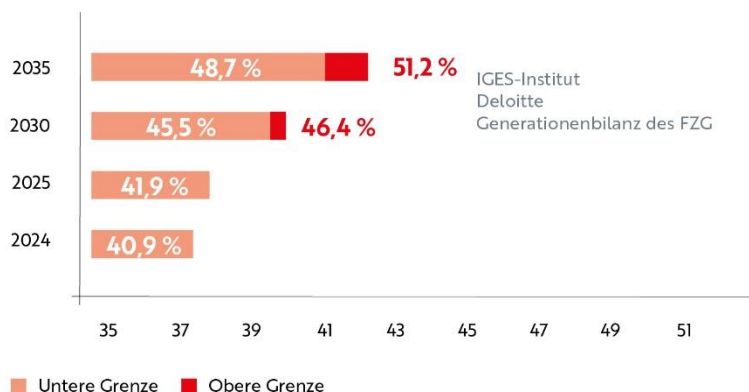
Wie wir das künftige System finanzieren (S.45)



Beschreibung: Der Anteil von Gesundheit am Bruttoinlandsprodukt liegt bei 12,8 Prozent. Der Staat muss in den kommenden Legislaturperioden schwierige Entscheidungen über die Prioritäten gesellschaftlicher Aufgaben treffen, was die künftigen Regierungen stark belasten wird. Die goldenen Jahre des ungebremsen Ausbaus und der hohen Ausgaben gehen nun zu Ende, jedoch auf einem sehr hohen Niveau.

Wie wir das künftige System finanzieren (S.47)

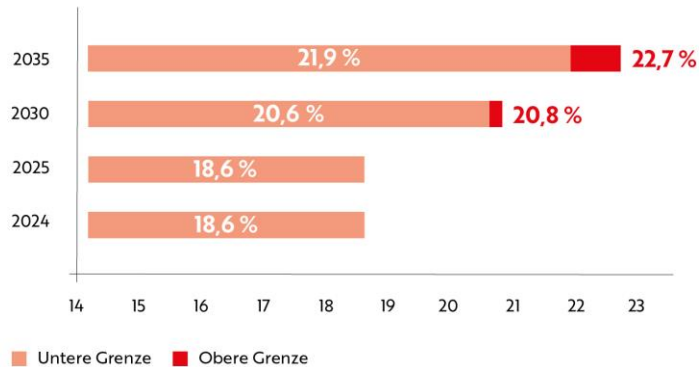
Das zentrale Modell zur Projektion der Sozialabgaben



Beschreibung: Das Basismodell projiziert die Beitragssatzentwicklung im deutschen Sozialsystem bis 2035, unter Berücksichtigung demografischer Veränderungen, eines jährlichen Kostendrucks im Gesundheitswesen von 1 Prozent und bereits beschlossener Reformen. Es berücksichtigt außerdem die Ergebnisse der 166. Steuerschätzung (Mai 2024), der Gemeinschaftsdiagnose (2024) sowie Schätzungen des GKV-Schätzerkreises und den Transformationsfonds. Die Sozialabgaben steigen demnach ohne Gegenmaßnahmen von bisherigen 40,9 Prozent auf 48,7-51,2 Prozent bis 2035.

Wie wir das künftige System finanzieren (S.49)

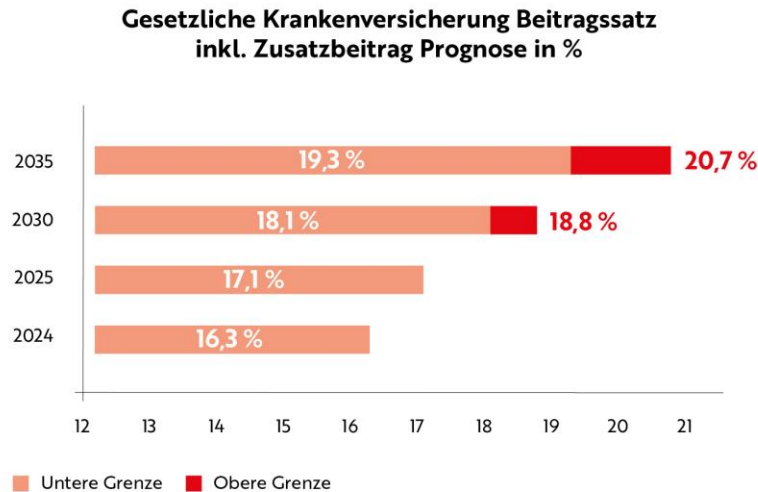
Gesetzliche Rentenversicherung-Beitragssatz Prognose in %



Quelle: IGES, Forschungsstelle für Demographie, Wohnungspolitik und Generationenverträge an der Deutschen Immobilien-Akademie an der Universität Freiburg GmbH

Beschreibung: In diesem Basisszenario würde der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung von 18,6 Prozent auf 21,9-22,7 Prozent im Jahr 2035 deutlich ansteigen.

Wie wir das künftige System finanzieren (S.50)

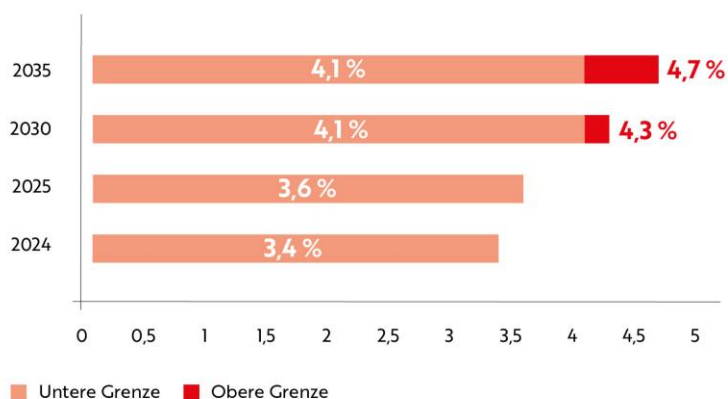


Quelle: IGES, Deloitte, Forschungsstelle für Demographie, Wohnungspolitik und Generationenverträge
an der Deutschen Immobilien-Akademie an der Universität Freiburg GmbH

Beschreibung: In diesem Basisszenario würde der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung inkl. Zusatzbeitrag von 16,3 Prozent auf 19,3-20,7 Prozent im Jahr 2035 deutlich ansteigen.

Wie wir das künftige System finanzieren (S.50)

Soziale Pflegeversicherung-Beitragssatz Prognose in %

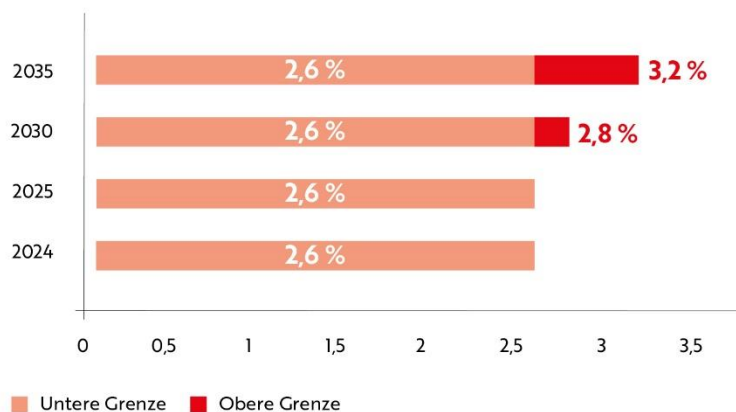


Quelle: IGES, Forschungsstelle für Demographie, Wohnungspolitik und Generationenverträge
an der Deutschen Immobilien-Akademie an der Universität Freiburg GmbH

Beschreibung: In diesem Basisszenario würde der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung von 3,4 Prozent auf 4,1-4,7 Prozent im Jahr 2035 deutlich ansteigen.

Wie wir das künftige System finanzieren (S.51)

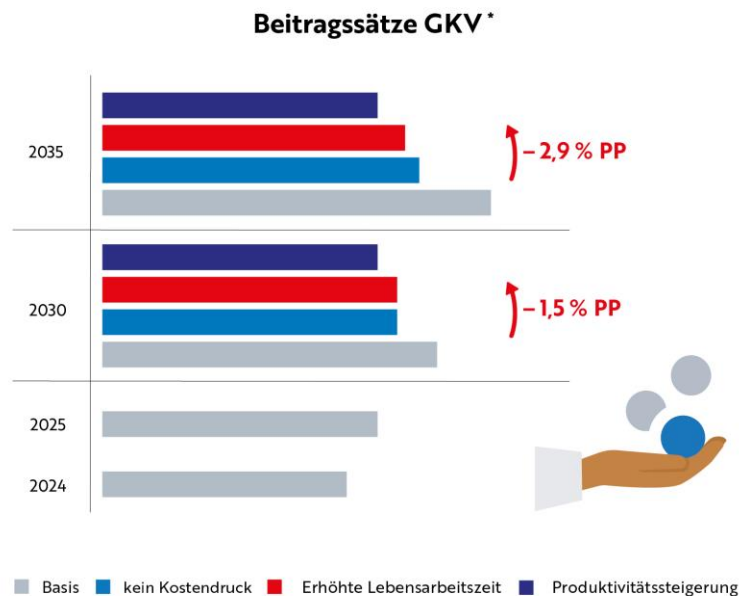
Arbeitslosenversicherung Beitragssatz Prognose in %



Quelle: IGES, Forschungsstelle für Demographie, Wohnungspolitik und Generationenverträge
an der Deutschen Immobilien-Akademie an der Universität Freiburg GmbH

Beschreibung: In diesem Basisszenario ist eine obere Grenze des Beitragssatzes zur Arbeitslosenversicherung von 3,2 Prozent im Jahr 2035 zu erwarten.

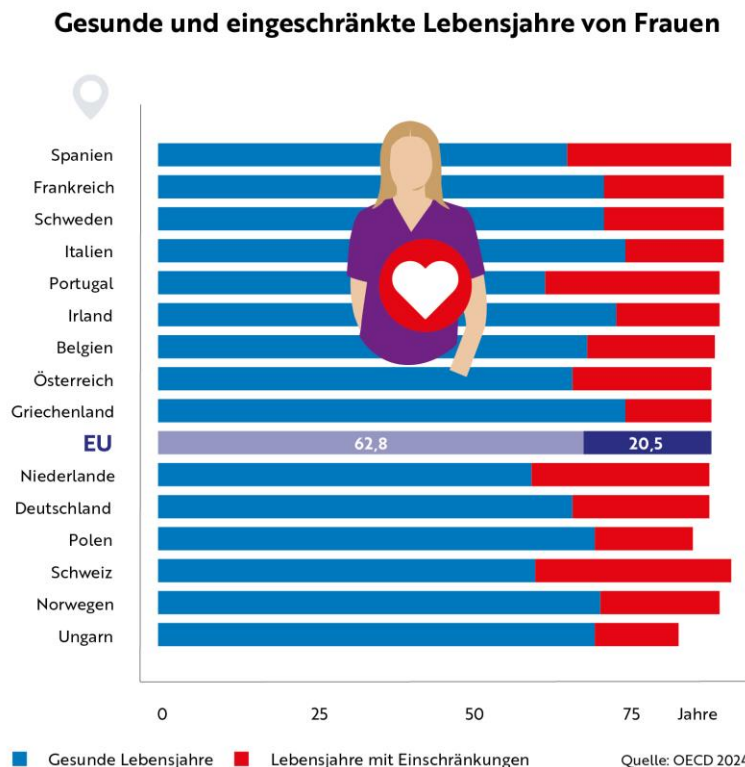
Wie wir das künftige System finanzieren (S.52)



* GKV = „Gesetzliche Krankenversicherung“. In Prozent, nach dem Modell der Forschungsstelle für Demographie, Wohnungspolitik und Generationsverträge an der Deutschen Immobilien-Akademie an der Universität Freiburg

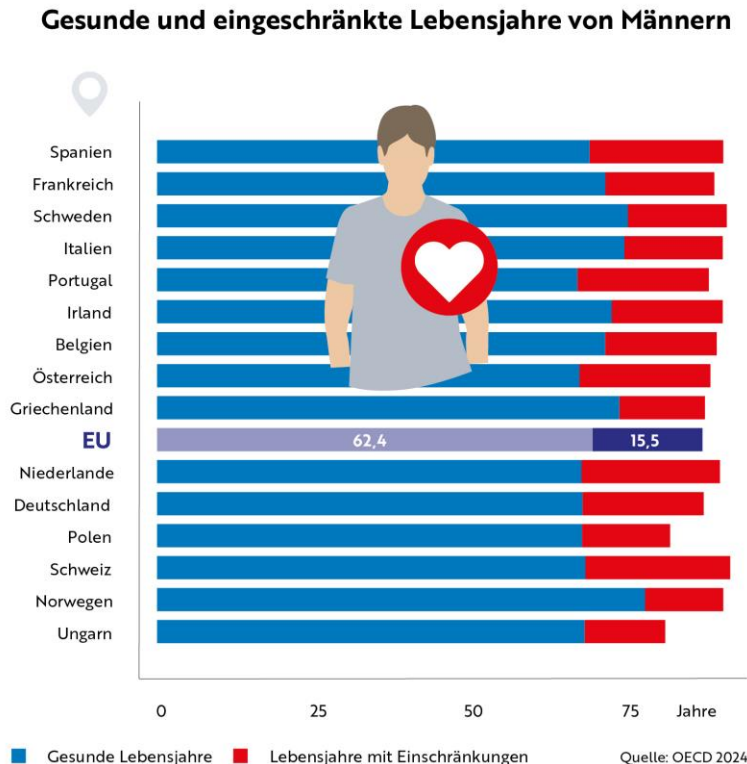
Beschreibung: Die Beitragssätze der GKV mit einer Projektion bis 2035 und den Möglichkeiten der Reduktion durch längere Lebensarbeitszeit oder Produktivitätssteigerung. Die Grafik zeigt, wie sich der Beitragssatz der GKV bei konstantem BIP-Wachstum bis 2030 um 1,5 Prozentpunkt und bis 2035 um 2,9 Prozentpunkte senken könnte. Eine Erhöhung der Lebensarbeitszeit um zwei Jahre zwischen 2029 und 2033 würde den Beitragssatz 2035 zusätzlich um 0,4 Prozentpunkte verringern, da höhere Beiträge der Erwerbstätigen die Einnahmen der GKV steigern, ohne die Ausgaben zu beeinflussen.

Wie wir das künftige System finanzieren (S.54)



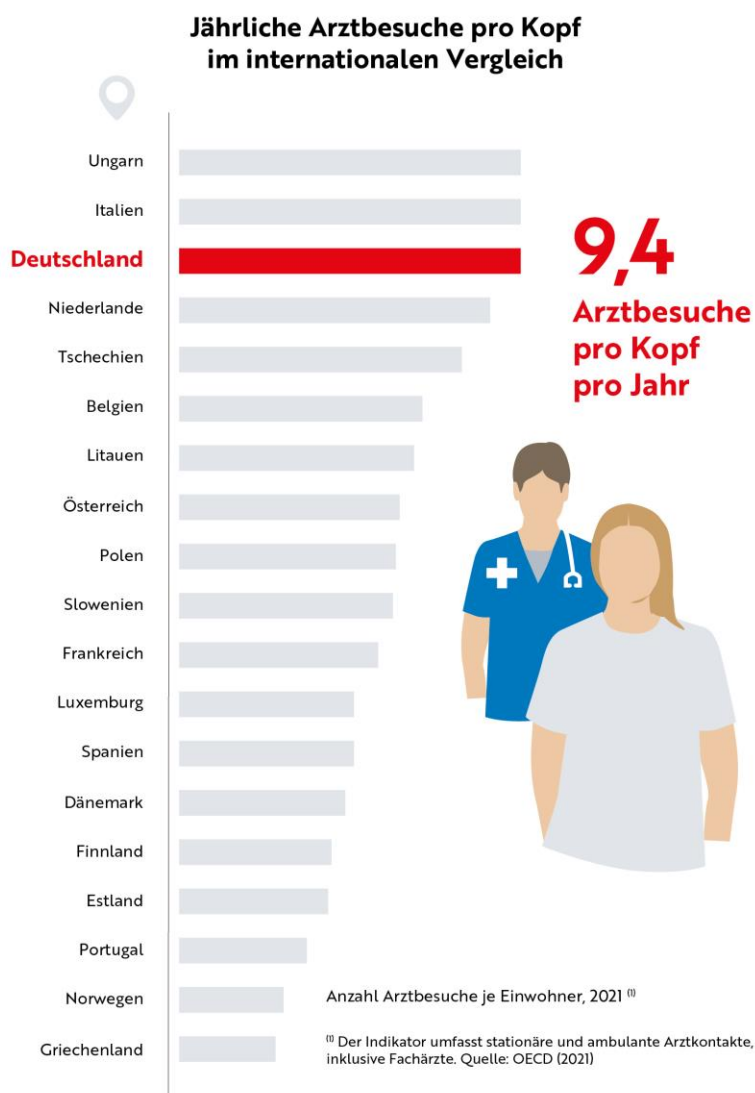
Beschreibung: Laut den neuesten OECD-Daten beträgt die Lebenszeit ohne wesentliche Einschränkungen in Deutschland lediglich 61 Jahre. Damit liegt Deutschland bei der **Zahl gesunder Lebensjahre unter** und bei der **Zahl der Jahre mit gesundheitlichen Einschränkungen über** dem EU-Durchschnitt. Das umfangreiche Angebot scheint daher wenig zielführend, und die aktuelle Versorgungsstruktur könnte eher Teil des Problems als der Lösung sein.

Wie wir das künftige System finanzieren (S.55)



Beschreibung: Laut den neuesten OECD-Daten beträgt die Lebenszeit ohne wesentliche Einschränkungen in Deutschland lediglich 61 Jahre. Damit liegt Deutschland bei der **Zahl gesunder Lebensjahre unter** und bei der **Zahl der Jahre mit gesundheitlichen Einschränkungen über** dem EU-Durchschnitt. Das umfangreiche Angebot scheint daher wenig zielführend, und die aktuelle Versorgungsstruktur könnte eher Teil des Problems als der Lösung sein.

Wie wir das künftige System finanzieren (S.56)



Beschreibung: Deutschland weist im europäischen Vergleich eine hohe Zahl an Arztkontakten auf, die jedoch nicht mit einer geringeren Morbidität oder Sterblichkeit korreliert. Eine Reduktion dieser Kontakte durch bessere Lotsenfunktionen, nicht-ärztliche Behandlungen, KI, eine funktionierende ePA und die Einführung einer Selbstbeteiligung könnten entscheidende Schlüssel für künftige Reformen sein.

Bosch Health Campus GmbH

Auerbachstraße 110 | 70376 Stuttgart | Germany

Tel. +49 711 8101-2672

irina.cichon@bosch-health-campus.com

www.bosch-health-campus.com

Wie wir das künftige System finanzieren (S.58)

Vollkasko mit Selbstbeteiligung



Beschreibung: Eine Ergänzung der Vollkaskoversicherung im Gesundheitswesen um eine sozial gestaffelte Eigenbeteiligung, ähnlich wie bei anderen Versicherungen. Dabei sollen die ersten Gesundheitsausgaben pro Jahr bis maximal 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens selbst getragen werden.

Wie wir das künftige System finanzieren (S.60)

Versicherungsverhältnis von GKV und PKV: Aktueller Stand und zukünftige Zielperspektiven

HEUTE

sind ca. 100 gesetzliche
und 50 private Krankenkassen
im Wettbewerb



GKV = Gesetzliche Krankenversicherung
PKV = Private Krankenversicherung

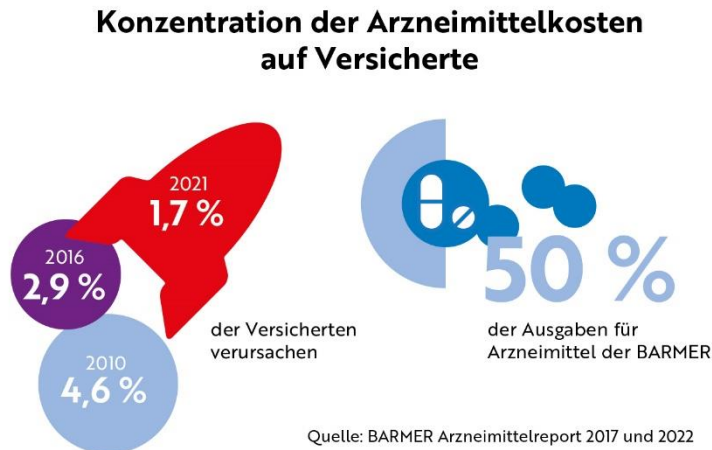
ZIEL

Es gibt viele Krankenkassen
im Wettbewerb



Beschreibung: Aktuell sind 90 Prozent der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung; 10 Prozent in der privaten Krankenversicherung. Die zukünftige Zielperspektive sieht eine 100-prozentige Basisversicherung und eine flexible Zusatzversicherung vor.

Wat kost die Welt? Explodierende Therapiekosten (S.64)



Beschreibung: Daten der BARMER zeigen einen zunehmenden Trend: 2010 waren 4,6 Prozent der Versicherten für die Hälfte der Arzneimittelausgaben verantwortlich, 2021 nur noch 1,7 Prozent. Dies verdeutlicht, dass die Arzneimittelkosten zunehmend auf wenige Einzelfälle konzentriert sind, insbesondere bei seltenen Erkrankungen und deren Therapien.

Die großen Gamechanger: Künstliche Intelligenz und die ePA (S.78)

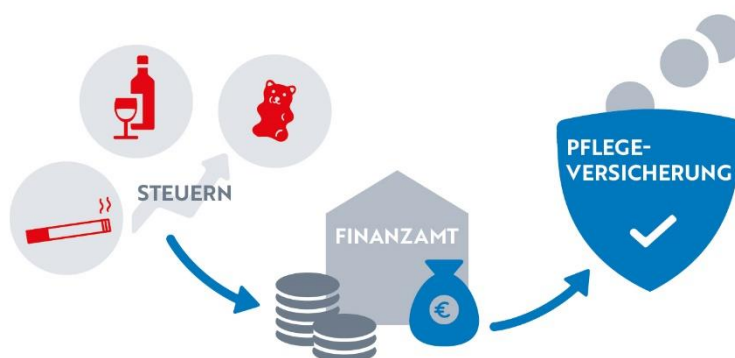
Reanimations-App für Notfälle



Beschreibung: Die Wiederbelebungsraten in Deutschland sind mäßig, während Kosten und Ressourcen hoch sind. Ein entscheidender Faktor zur Verbesserung ist die frühzeitige Reanimation durch Laien vor Ort. Eine nationale App, die Helfer:innen bei einem Herzstillstand in der Nähe alarmiert, könnte hier einen echten Unterschied machen, wie in anderen Ländern bereits erfolgreich umgesetzt.

Lebe lang und in Frieden (S.81)

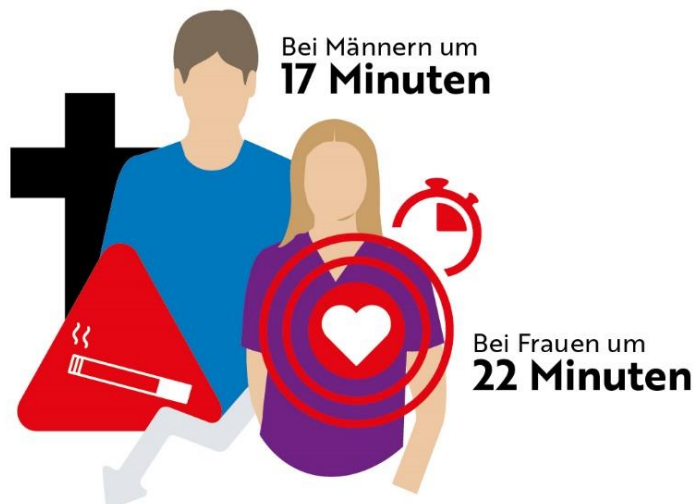
Steuererhöhung auf Risiko-Faktoren mit Weiterleitung in die Pflegeversicherung



Beschreibung: Es empfiehlt sich den Fokus auf die Reduktion der Morbidität und Sterblichkeit durch die Bekämpfung von Rauchen, übermäßigem Alkohol- und Zuckerkonsum zu legen. Eine signifikante Steuererhöhung auf diese Risikofaktoren und diese Einnahmen zweckgebunden für die Pflegeversicherung zu nutzen. Dies könnte einen spürbaren Effekt erzielen und den Zusammenhang zwischen Konsum und Versorgungsbedarf deutlich machen.

Lebe lang und in Frieden (S.82)

Jede Zigarette verkürzt das Leben

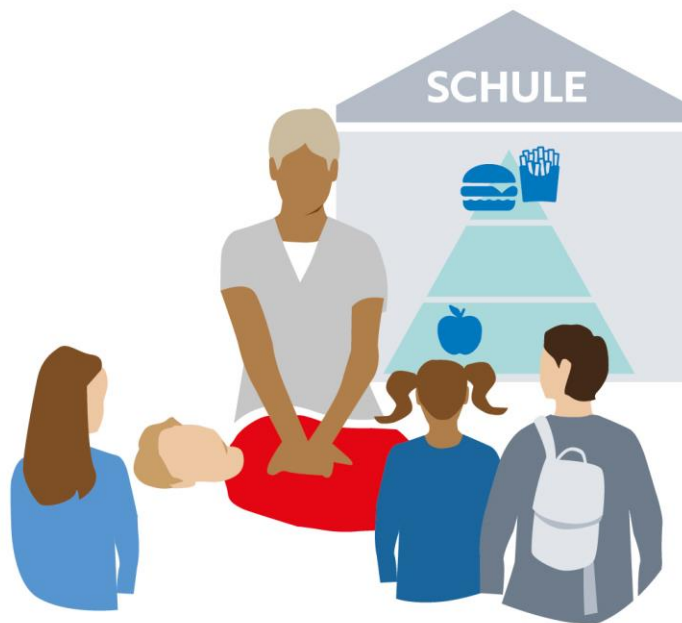


Quelle: Addiction 2024 Sarah Jackson

Beschreibung: Die Vermeidung des Rauchens spielt eine zentrale Rolle für den Erhalt der Gesundheit. Daher ist es entscheidend, hier einen besonderen Fokus zu setzen. Jede Zigarette reduziert die Lebenszeit des Rauchers im Durchschnitt um 20 Minuten, wobei dieser Effekt bei Frauen stärker ausgeprägt ist als bei Männern. Darüber hinaus führt Rauchen zu Arbeitsausfällen und einer erhöhten Frühverrentung im erwerbsfähigen Alter.

Lebe lang und in Frieden (S.83)

Einführung der Gesundheitsbildung bereits im Grundschulbereich



Beschreibung: Gesundheitsbildung sollte bereits in der Grundschule beginnen und als eigenständiges Fach oder wichtiger Bestandteil des Curriculums integriert werden. Ein jährliches Reanimationstraining für Kinder ist ebenso essenziell. Dies erfordert die Zustimmung der Kultusminister aller Bundesländer sowie die Zusammenarbeit mit professionellen regionalen Gesundheitsanbietern.

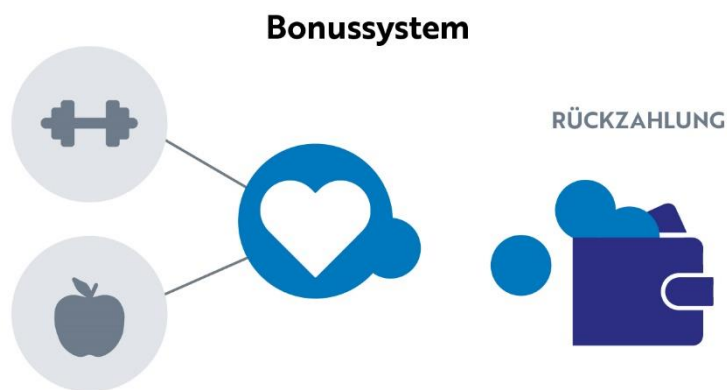
Lebe lang und in Frieden (S.84)

Einsatz von Wearables zur Prävention und frühzeitigen Erkennung von Gesundheitsrisiken



Beschreibung: Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Infektions-erkrankungen durch Wearables wie Smartwatches kann schwere Folgeerkrankungen vermeiden. Die Forschung in diesem Bereich muss gefördert werden, mit Investitionen von Bund und Ländern sowie einem unterstützenden regulatorischen Umfeld für Startups. Andernfalls könnte dieser Zukunftsmarkt in die Hände anderer Länder wie den USA, Indien oder China fallen.

Lebe lang und in Frieden (S.84)



Beschreibung: Für besonders gutes präventives Verhalten oder die geringe Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen der Versicherten sollte den gesetzlichen Kassen weitreichende Möglichkeiten zur Etablierung von **Bonussystemen** gegeben werden.

Lebe lang und in Frieden (S.85)

Stärkung der Prävention durch Gesundheitsbusse



Beschreibung: Eine zentrale Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes: Gesundheitsbusse, die bspw. Impfungen oder Präventionsangebote direkt vor Ort zu den Bürger:innen bringen.

Lebe lang und in Frieden (S.86)

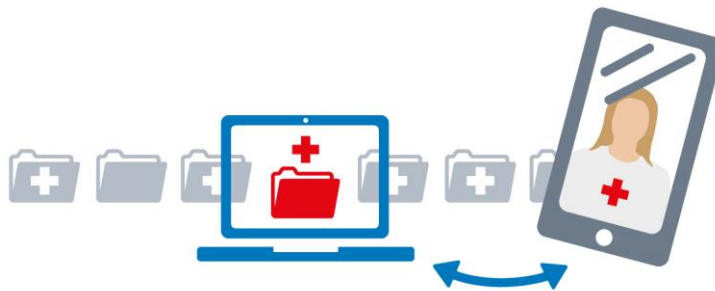
Vollkasko mit Selbstbeteiligung



Beschreibung: Eine Ergänzung der Vollkaskoversicherung im Gesundheitswesen um eine sozial gestaffelte Eigenbeteiligung, ähnlich wie bei anderen Versicherungen. Dabei sollen die ersten Gesundheitsausgaben pro Jahr bis maximal 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens selbst getragen werden.

Lebe lang und in Frieden (S.87)

Die elektronische Patientenakte (ePA)



Beschreibung: Krankenkassen müssen die Patient:innenakten nach Hochrisikokonstellationen screenen und **proaktiv auf Versicherte zugehen** dürfen, um im Sinne der Versicherten und der Versichertengemeinschaft präventiv tätig zu werden.

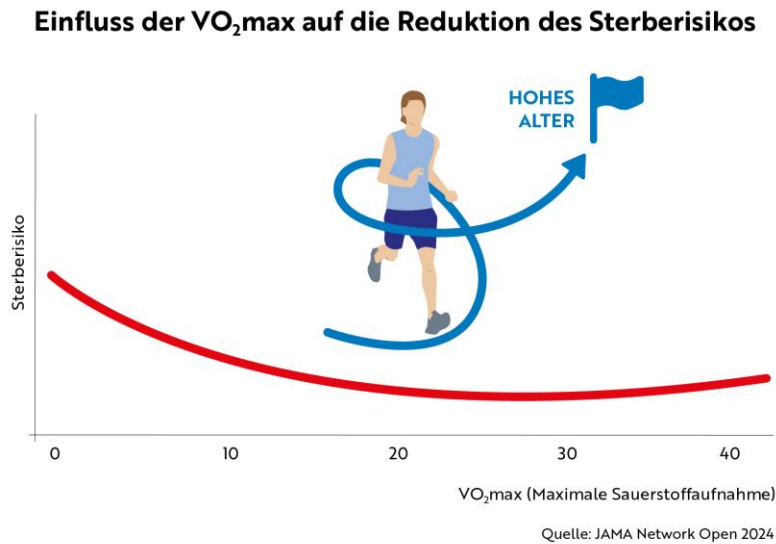
Lebe lang und in Frieden (S.87)

Digitaler Mutterpass



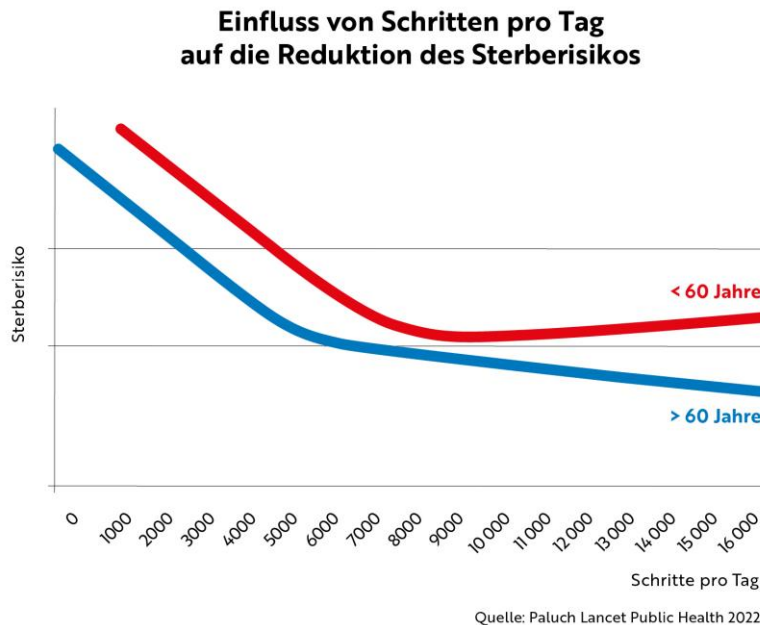
Beschreibung: Die elektronische Patient:innenakte sollte proaktiv genutzt werden, um gezielt Aufklärung zu betreiben. Beispiel: Der digitale Mutterpass eignet sich gut, um Aufklärung zu Risiken in der Schwangerschaft wie das Rauchen zu betreiben.

Lebe lang und in Frieden (S.89)



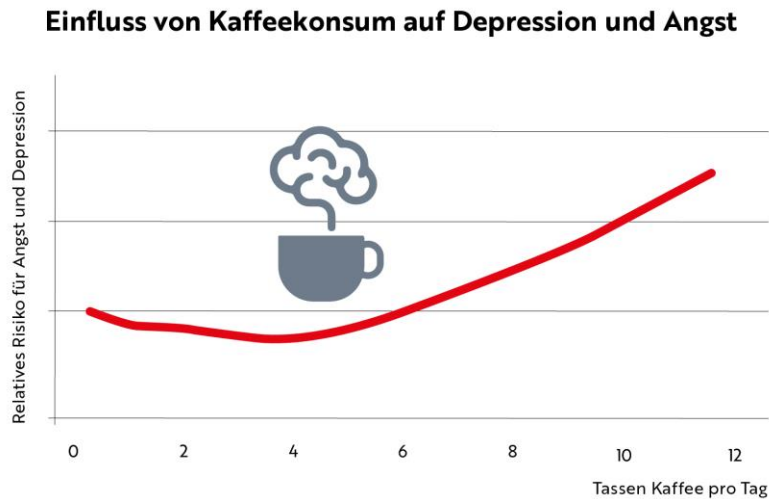
Beschreibung: Eine hohe $VO_2\text{max}$, ein wichtiger Indikator für körperliche Fitness, senkt das Sterberisiko merklich. Sie kann mit Smartwatches gemessen werden und ist ein Zeichen für eine gute körperliche Verfassung, die durch regelmäßige Bewegung von über 150 Minuten pro Woche gefördert wird.

Lebe lang und in Frieden (S.89)



Beschreibung: Eine Übersicht der empfohlenen täglichen Schrittzahl: Ausreichende Bewegung und Schritte pro Tag tragen maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheit bei und verringern das Sterberisiko.

Lebe lang und in Frieden (S.90)



Beschreibung: Zwei bis vier Tassen Kaffee pro Tag können Depression und Angst vorbeugen, während der Konsum darüber hinaus das Risiko erhöhen.

Lebe lang und in Frieden (S.90)

Der Kaffee am Morgen kann das Leben verlängern



Quelle: European Heart Journal 2025 Seite 1-11

Beschreibung: In dem European Heart Journal (2025) wird aufgezeigt, dass Personen, die 1-4 Tassen Kaffee am Morgen konsumieren, ein geringeres Sterberisiko aufweisen als jene, die den gesamten Tag über Kaffee trinken oder keinen Kaffee zu sich nehmen.

Öffentliche Gesundheit: von Social Media und dem Gesundheitsamt (S.93)

Die Darstellung und Kommunikation von Gesundheitsthemen auf Social Media



Beschreibung: Es besteht die Herausforderung der Informationsflut, insbesondere die Gefahren von Falschinformationen in sozialen Medien und deren Auswirkungen auf körperliche und psychische Gesundheit. Es braucht eine evidenzbasierte Strategie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), um Gesundheitsförderung in sozialen Netzwerken zu integrieren und den Zugang zu sicheren, überprüften Inhalten zu gewährleisten. Insbesondere der Schutz von Kindern vor schädlichen Inhalten und die Regulierung von Social Media-Plattformen wird als wichtige Aufgabe hervorgehoben.

Öffentliche Gesundheit: von Social Media und dem Gesundheitsamt (S.94)

Kontinuierliche SWOT-Analyse von Social Media durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)



Beschreibung: Durch eine kontinuierliche SWOT-Analyse des ÖGDs sollen die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken von Social Media untersucht werden, um gezielte Maßnahmen zu entwickeln. Besonders der Schutz des Kindeswohls und die Nutzung von Social Media zur Gesundheitsförderung stehen im Fokus.

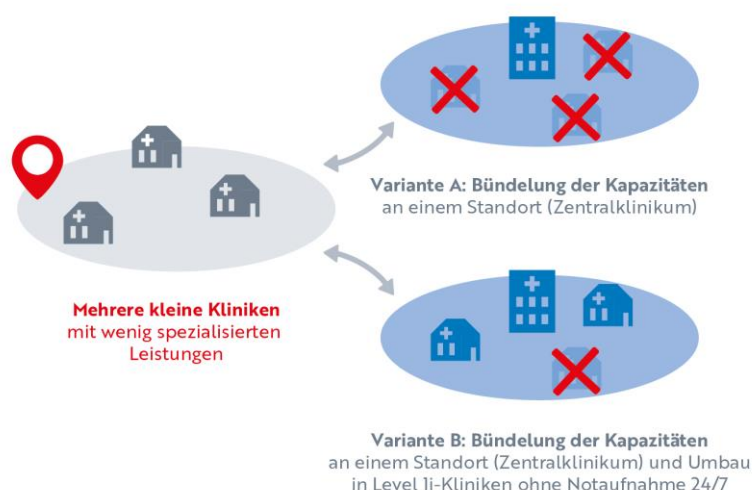
Die neue Krankenhauslandschaft: Weniger ist mehr (S.101)



Beschreibung: Krankenhäuser haben hohe Fixkosten, die unabhängig von der Leistungsmenge anfallen, wie etwa für Geräte, Personal und Energie. Diese Kosten decken sich erst bei einer höheren Leistungsmenge, die durch die Bündelung von Abteilungen an weniger Standorten besser erreicht werden kann. Beispielsweise führt die Konzentration der Endoprothetik an einem Standort zu mehr Fällen und einer besseren Deckung der Fixkosten. Die Schwerpunktbildung verbessert zwar die medizinische Qualität und Wirtschaftlichkeit, kann jedoch die Distanz zum nächsten passenden Krankenhaus für Patient:innen vergrößern. In Ballungsgebieten ist das kein Problem, aber in ländlichen Regionen kann sich die Anfahrtszeit von 20 auf 40 Minuten verlängern. Hier muss die gewonnene Behandlungsqualität gegen die längere Fahrtzeit abgewogen werden. Dabei sind planbare Eingriffe wie Krebsbehandlungen oft weniger problematisch, während bei Notfällen die Anfahrtszeit entscheidend ist.

Die neue Krankenhauslandschaft: Weniger ist mehr (S.103)

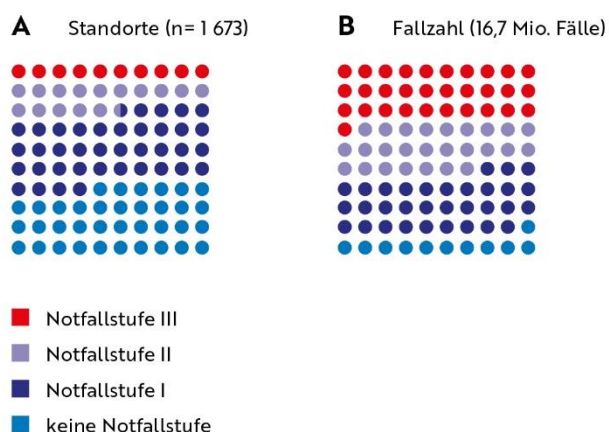
Bündelung der Kapazitäten von Krankenhäusern



Beschreibung: Aus mehreren kleinen Kliniken wird ein Zentralkrankenhaus oder ein Zentralkrankenhaus mit zusätzlichen Level 1i-Kliniken. Bei schweren Notfällen wie Schlaganfall oder Herzinfarkt ist es oft besser, einen Patient:innen 15 Minuten länger zu fahren, anstatt ihn in ein nahegelegenes kleines Krankenhaus ohne spezialisierte Behandlung zu bringen. Die spätere Verlegung in das richtige Krankenhaus kann Stunden kosten und die Heilung gefährden. Eine sinnvolle Lösung in einigen Regionen ist die Zusammenlegung mehrerer Standorte an einem verkehrsgünstigeren Ort, wodurch ein größeres Zentrum entsteht, das eine bessere Notfallversorgung bietet und eventuell einen Maximalversorger für die Region ermöglicht. Dies erleichtert auch die Rekrutierung von Personal, da das neue Zentrum attraktiver wird, ohne die Verfügbarkeit von Fachkräften in anderen Bereichen zu beeinträchtigen.

Die neue Krankenhauslandschaft: Weniger ist mehr (S.104)

Gegenüberstellung von Krankenhausstandorten und Fallzahlen in Bezug zur Notfallstufe



Beschreibung: Für schwere Notfälle ist die Zentralisierung von Kliniken in vielen Regionen Deutschlands eine sinnvolle Lösung. Der Bau von Zentralkliniken erfordert jedoch erhebliche finanzielle Mittel, weshalb die Krankenhausreform dafür 50 Milliarden Euro bereitstellt, die über die Jahre 2026 bis 2035 verteilt werden. Mit diesem Betrag können rund 100 mittelgroße Kliniken, teils durch Neubau, teils durch Erweiterung, sowie etwa 25 große Kliniken, vor allem Maximalversorger, entstehen. Gleichzeitig wird die Krankenhausinfrastruktur modernisiert, was der Versorgung der Bevölkerung zugutekommt. Am Ende könnten statt der derzeit 425 mittelgroßen und großen Kliniken rund 535 Kliniken existieren, wobei viele mittelgroße Kliniken zu größeren Einrichtungen ausgebaut werden. Diese Reform zeigt, wie viele kleine Kliniken heute noch existieren, oft mit unzureichender Ausstattung und Personal, und wie wichtig es ist, diese Struktur zu modernisieren, um eine qualitativ bessere und effizientere Versorgung zu gewährleisten.

Die neue Krankenhauslandschaft: Weniger ist mehr (S.106)

Hochwertige ambulante und stationäre Basismedizin in kleinen Kliniken



Beschreibung: Eine Level 1-Klinik mit maximal 350 Standorten als Grundversorger mit 50-100 Betten. Die **sektorenübergreifende Versorgung** nach **Level 1i** bietet eine **wohnnah Basisversorgung**, wenn keine hochspezialisierte Behandlung nötig ist, aber eine stationäre Überwachung oder Pflege erforderlich ist. Beispiele sind die Behandlung von Tumor- oder älteren Patient:innen mit Infusionen oder die Nachsorge von Intensivpatient:innen. Solche Behandlungen sind in kleineren Kliniken mit 50 bis 100 Betten besser aufgehoben als in Großkrankenhäusern. Die Krankenhausreform sieht vor, diese Kliniken kostendeckend mit Tagespauschalen zu vergüten. Etwa 350 solcher Einrichtungen könnten mehr als 90 Prozent der Bevölkerung abdecken.

Die neue Krankenhauslandschaft: Weniger ist mehr (S.107)

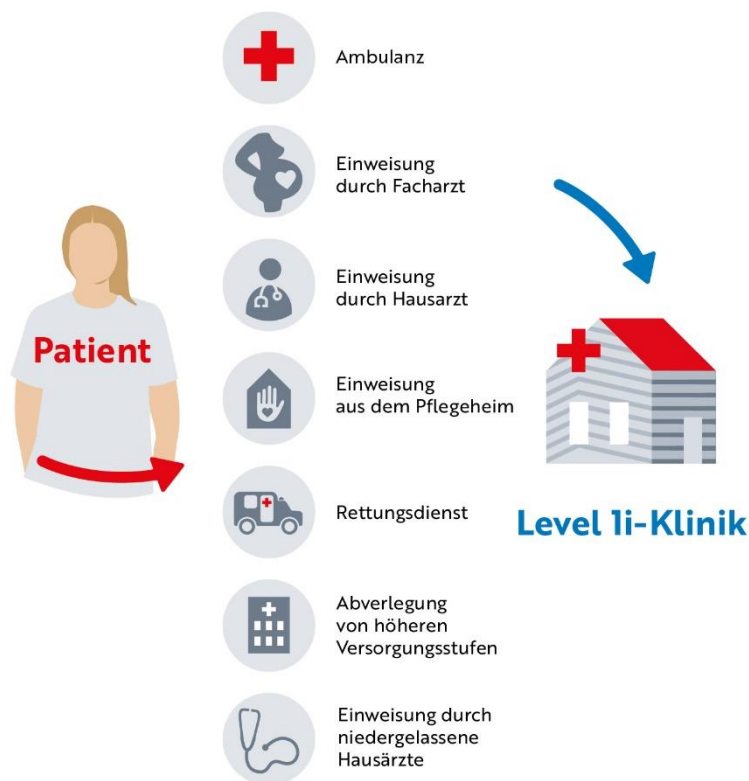
Integration einer Level 1i-Klinik in ein Gesundheitsnetzwerk



Beschreibung: Eine Level1i-Klinik beinhaltet eine gute Basisausstattung wie Röntgen, Ultraschall und telemedizinische Beratung sowie ergänzende medizinische und soziale Dienste. Sie sind mit einem regionalen Zentrum vernetzt und ermöglichen eine umfassende Patient:innenbetreuung durch Zusatzangebote wie ambulante Physiotherapie, Suchtberatung, Arztpraxen und mehr. Ein soziales Umfeld mit Cafeteria und Gesundheitsdiensten rundet das Angebot ab und schafft ein unterstützendes Netzwerk in der Nähe der Patient:innen.

Die neue Krankenhauslandschaft: Weniger ist mehr (S.109)

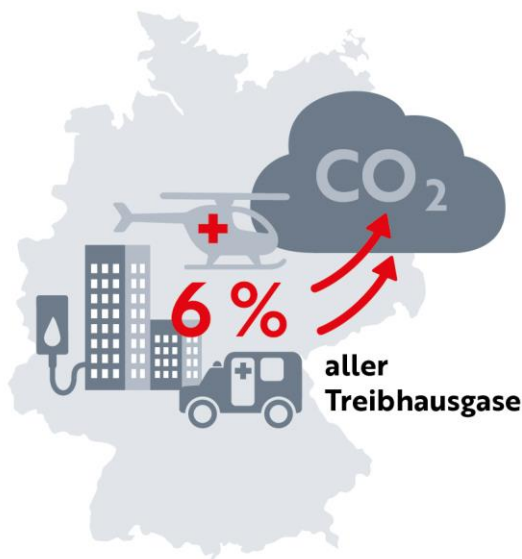
Verschiedene Zugangswege zur Level 1i-Klinik



Beschreibung: Es gibt verschiedene Zugangswege zur Level 1i-Klinik: über die Ambulanz für nicht-lebensbedrohliche Notfälle, überweisende Haus- oder Fachärzt:innen, Praxen direkt in der Klinik, den Rettungsdienst nach Rücksprache, Verlegungen aus höheren Versorgungsstufen sowie Einweisungen durch Hausärzt:innen aus Pflegeeinrichtungen.

CO₂-Reduktion und Ökonomie gehen Hand in Hand (S.127)

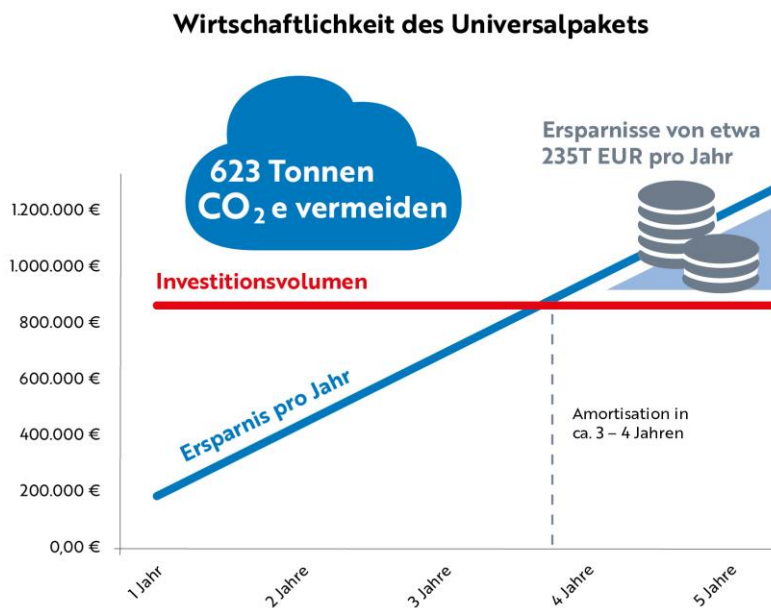
Der Beitrag des Gesundheitswesens zu den Treibhausgasemissionen



Quelle: Bundesgesundheitsministerium und
Potsdam Institut für Klimafolgenforschung 12/2023

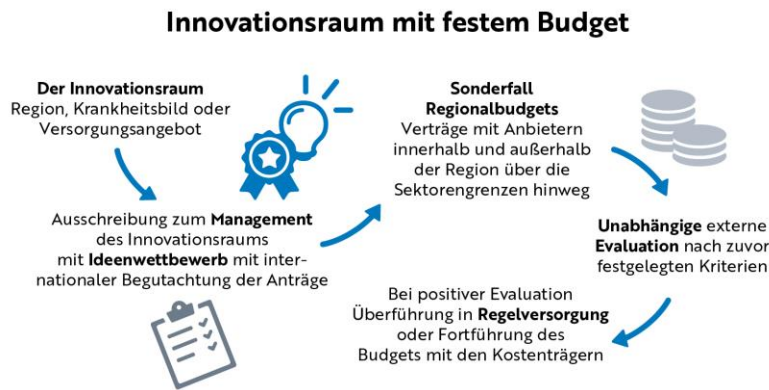
Beschreibung: Das Gesundheitswesen ist ein bedeutender Verursacher von Treibhausgasen und trägt mit 6 Prozent zur gesamten Emission in Deutschland bei, vor allem durch Krankenhäuser und große Gesundheitseinrichtungen. Ein Beispiel: Der jährliche Energiebedarf eines Krankenhausbetts entspricht dem Verbrauch von zwei deutschen Haushalten. Daher ist das Thema „Green Hospital“ zunehmend im Fokus, sowohl für Mitarbeiter im Gesundheitswesen als auch für die Öffentlichkeit. Das Thema ist vielseitig, doch wir konzentrieren uns auf drei zentrale Maßnahmen, die die CO₂-Bilanz des Sektors erheblich verbessern könnten. Zwar gibt es viele Ansatzpunkte, aber diese drei Schritte könnten bereits große Veränderungen bewirken.

CO₂-Reduktion und Ökonomie gehen Hand in Hand (S.130)



Beschreibung: Die steigende CO₂-Bepreisung und höheren Energiekosten sind wichtige Faktoren für die gestiegenen Ausgaben von Gesundheitseinrichtungen. Zwischen 2017 und 2021 blieben die Kosten stabil, stiegen jedoch 2022 um 21 Prozent. Da diese Kosten weiterhin steigen, amortisieren sich Investitionen in Energiesparmaßnahmen schneller. Das „Universalpaket“ dieser Berechnung umfasst ausschließlich Maßnahmen zur Energieeinsparung, wie effiziente Beleuchtung, Zirkulations- und Umwälzpumpen sowie den Einsatz von Sonnenenergie bzw. Photovoltaik. Zwar sind nicht alle Investitionen sofort rentabel, insbesondere bei grundlegenden Sanierungen, aber sie tragen zur Klimaneutralität bei. Der Gesetzgeber sollte solche Maßnahmen daher in die Förderbedingungen des Transformationsfonds aufnehmen.

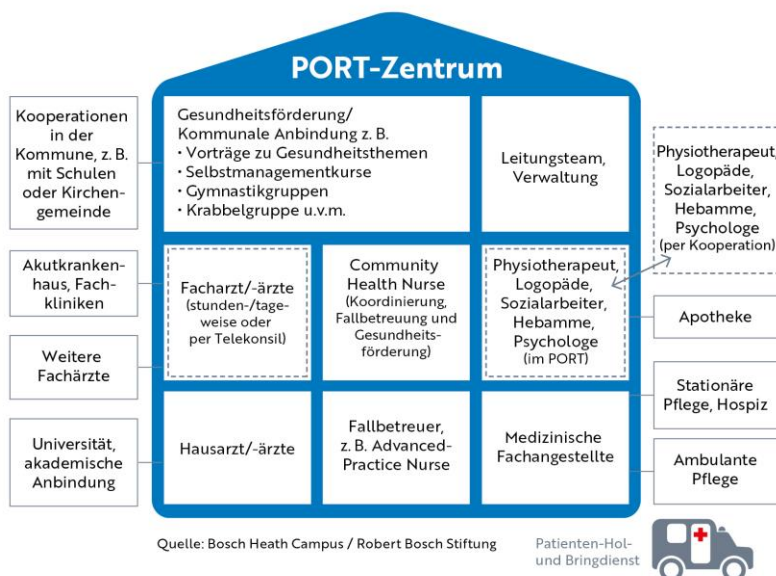
Auf neuen Wegen: Innovationsräume (S.132)



Beschreibung: Es müssen Innovationsräumen für bestimmte Regionen, Versorgungsangebote oder Krankheitsbilder geschaffen werden, in denen bestehende Regeln ausgesetzt werden können. Diese Räume sollen mit budgetorientierter Vergütung, Ergebnisverantwortung und -kontrolle durch Dritte arbeiten. Eine unabhängige Evaluation anhand klarer Erfolgskriterien erfolgt, und bei positiver Bewertung wird das Angebot verstetigt oder in die Regelversorgung überführt.

Auf neuen Wegen: Innovationsräume (S.135)

PORT-Zentren: Ein integrierter Ansatz zur Primär- und Langzeitversorgung



Beschreibung: PORT-Gesundheitszentren bieten eine umfassende Primär- und Langzeitversorgung. Interdisziplinäre Teams aus Gesundheits- und Sozialberufen arbeiten zusammen, um eine ganzheitliche Versorgung anzubieten. Neben medizinischer Betreuung werden Prävention, Gesundheitsförderung und Alltagsbegleitung integriert. Die Zentren sind flexibel und regional angepasst, übernehmen auch Notfallversorgung und bieten Brückenfunktionen wie Kurzzeitpflege und ambulante Tumorthérapien. Sie fungieren auch als akademische Lehrzentren und Ausbildungspartner.

Mit Spitzenmedizin und Startups zurück an die Weltspitze (S.144)

Spezialisierung der Unikliniken



Beschreibung: Universitätskliniken sollten sich stärker spezialisieren, um international sichtbarer zu werden, insbesondere in Bereichen wie Herz-, Lungen- oder Krebsmedizin. Ein bundesweiter Wettbewerb zwischen Unikliniken könnte gezielt medizinische Cluster fördern, wobei bestimmte Kliniken für spezifische Forschungsgebiete ausgewählt werden. Diese würden eine hohe Basisförderung erhalten und sich auf ausgewählte Themen konzentrieren, was die Qualität der Versorgung und den wissenschaftlichen Output steigert.

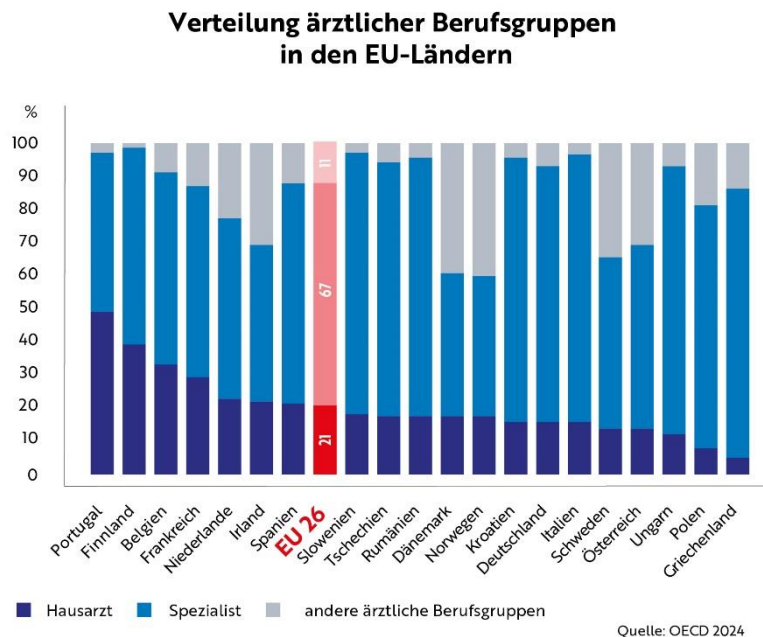
Mit Spitzenmedizin und Startups zurück an die Weltspitze (S.145)

5 zentrale Hubs und 37 Start-up-Factories



Beschreibung: Universitätskliniken sollten stärker mit technischen und naturwissenschaftlichen Fachbereichen zusammenarbeiten, um die wirtschaftliche Wertschöpfung und Start-up-Gründungen zu fördern. Die Schaffung unbürokratischer Start-up-Factories sowie ein Netzwerk aus fünf großen Hubs in Hamburg, Köln, München, Berlin und dem Rhein-Neckar-Gebiet könnte dies unterstützen und die Innovationskraft bündeln. Ziel ist es, durch enge Kooperationen mit technischen Universitäten und einer stärkeren Start-up-Förderung den medizinischen Fortschritt voranzutreiben.

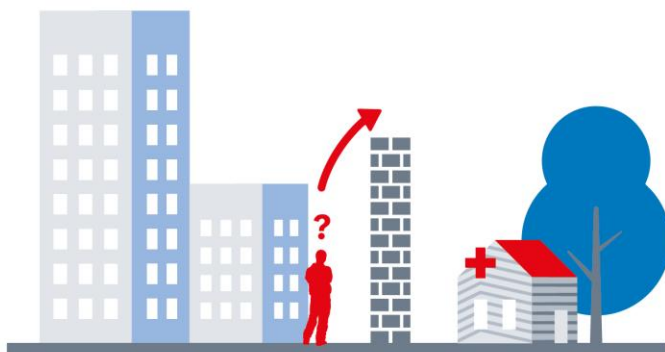
New Work und neue Ausbildung (S.150)



Beschreibung: In Deutschland gibt es sehr viele Spezialist:innen und die Anzahl an Hausärzt:innen liegt unter 20 Prozent und damit unter dem EU-Durchschnitt. Ein großes Problem des Fallpauschalensystems in deutschen Krankenhäusern war die starke Spezialisierung, die zu einer Ausweitung der Leistungen und weniger ganzheitlicher Medizin führte. Während in der Schweiz noch allgemeine Innere Medizin praktiziert wird, werden Patient:innen in Deutschland oft schnell in spezialisierte Abteilungen eingeteilt. Dies fördert die Konzentration auf Fachgebiete, aber auch den Rückgang hausärztlicher Internist:innen und Allgemeinmediziner:innen. Die Medizin benötigt dringend ein Umdenken hin zu mehr ganzheitlicher Versorgung, auch wenn dies im Fallpauschalensystem weniger profitabel ist. Länder wie Portugal, Belgien und Frankreich zeigen, wie ein stärkeres Primärarztsystem erfolgreicher funktionieren kann.

Die Sektorentrennung: Wege, um die Mauer einzureißen (S.163)

Die Trennung von ambulantem und stationärem Sektor im deutschen Gesundheitswesen



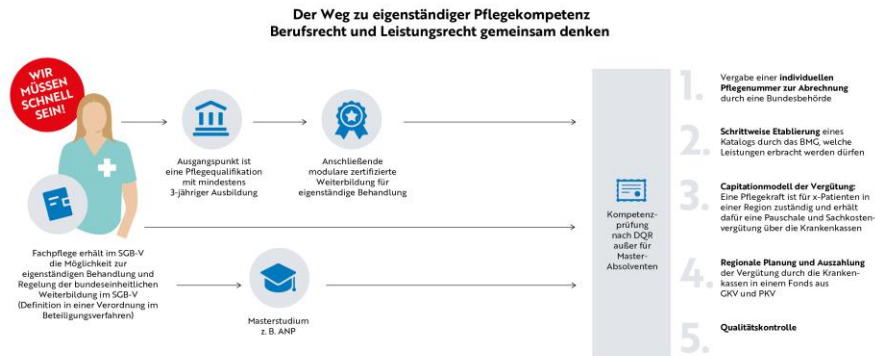
Beschreibung: Ein:e Patient:in steht vor einem Krankenhaus, und muss bildlich eine große Mauer überwinden, um ambulant einen Termin zu bekommen. Die strikte Trennung von ambulanten Fach- und Hausärzten von der fachärztlichen Tätigkeit in Krankenhäusern stellt die größte Hürde im deutschen Gesundheitssystem dar und führt zu einer einzigartigen Barriere mit starker Besitzstandswahrung.

Die Sektorentrennung: Wege, um die Mauer einzureißen (S.170)



Beschreibung: Besonders in ländlichen Regionen haben Arztpraxen Schwierigkeiten, Nachfolger zu finden. In den kommenden Jahren wird mit steigenden Engpässen in der hausärztlichen Versorgung gerechnet, da in 24 Prozent der Landkreise und kreisfreien Städte die Versorgung gefährdet und in 12 Prozent stark gefährdet ist.

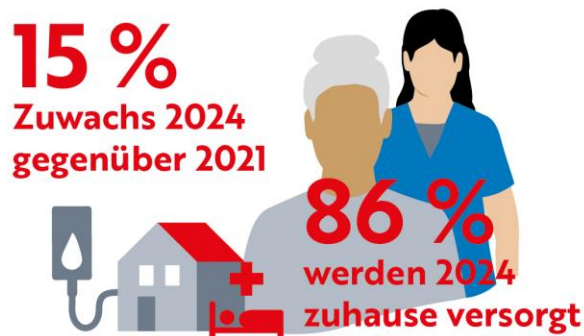
Die Pflege ist der Schlüssel für ein modernes Gesundheitssystem (S.176-177)



Beschreibung: Damit Pflegefachpersonen eigenverantwortlich behandeln dürfen müssen relevante Schritte beachtet werden. Dazu gehört die Aufnahme in das Sozialgesetzbuch V als eigenständige Leistungserbringerin sowie die Erweiterung der Basisqualifikation durch eine staatlich anerkannte Weiterbildung oder eine Kompetenzfeststellung. Zukünftig könnten Pflegefachpersonen auch einen Master in Advanced Practice Nursing (APN) erwerben und für eigenverantwortliche Behandlungsaufgaben qualifiziert werden.

Die Pflege ist der Schlüssel für ein modernes Gesundheitssystem (S.179)

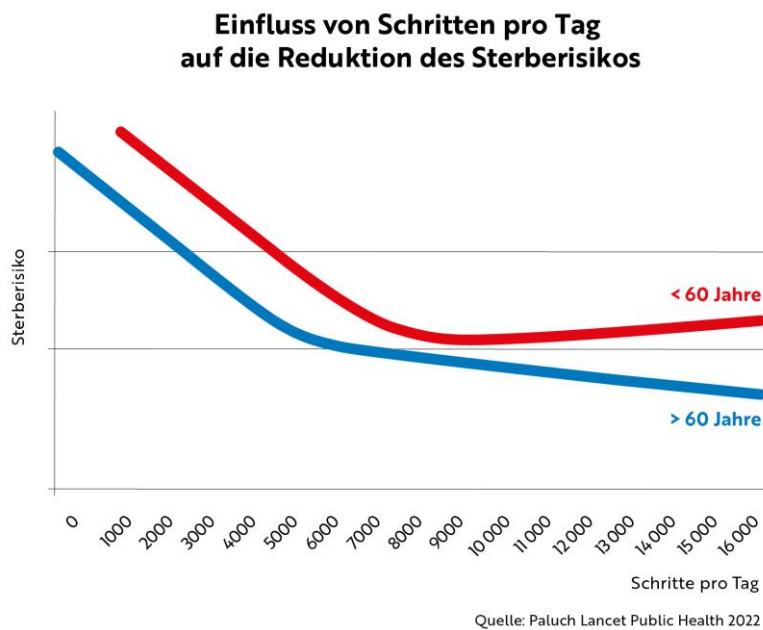
15 % mehr Pflegebedürftige in 2024 gegenüber 2021



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024

Beschreibung: Der demografische Fachkräftemangel in der Pflege ist ein großes Problem, da immer mehr Pflegefachpersonen altersbedingt ausscheiden. Trotz attraktiverer Ausbildungsbedingungen wird dieser Verlust nicht vollständig ausgeglichen werden können. Gleichzeitig steigt die Zahl pflegebedürftiger Menschen, die allein zwischen 2021 und 2023 um 15 Prozent zugenommen hat. Der wahre Anstieg wird jedoch ab 2035 erwartet, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ins Pflegealter kommen.

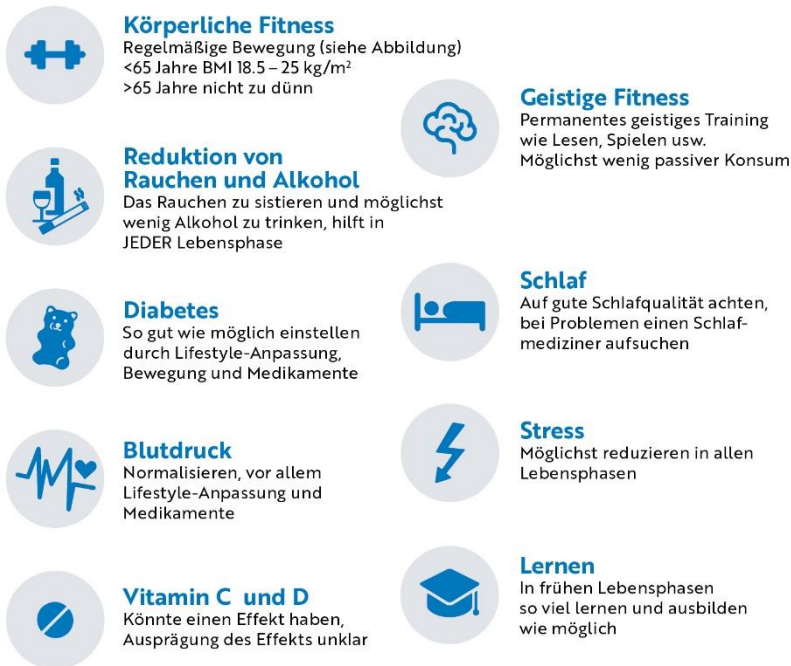
Die Pflege ist der Schlüssel für ein modernes Gesundheitssystem (S.181)



Beschreibung: Eine Übersicht der empfohlenen täglichen Schrittzahl: Ausreichende Bewegung und Schritte pro Tag tragen maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheit bei und verringern das Sterberisiko.

Die Pflege ist der Schlüssel für ein modernes Gesundheitssystem (S.182)

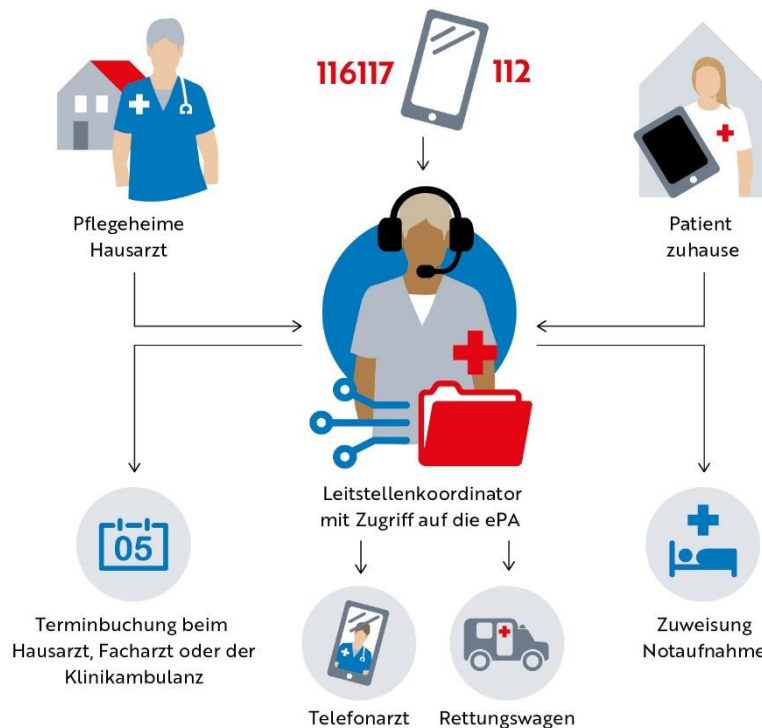
Prävention kognitiver Einschränkungen nach Yu et al. (2020)



Beschreibung: Eine Beschreibung von Maßnahmen zur Demenzprävention: Fitness, Reduktion von Rauchen und Alkohol, guter Schlaf, Diabetes einstellen, Stressreduktion, Blutdrucknormalisierung, Vitamin C und D sowie das Thema Lernen.

Im Notfall gut versorgt (S.186)

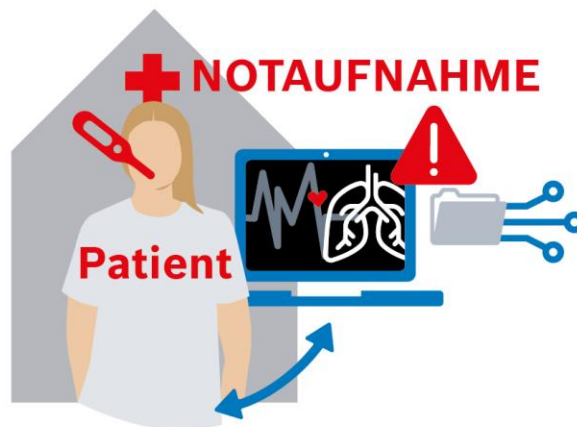
Die Schlüsselrolle einer Leitstellenkoordination im modernen Gesundheitssystem



Beschreibung: Eine Leitstellenkoordination mit Zugriff auf die EPA als zentrale Anlaufstelle, der digital vom Patient:innen zuhause, über die Nummern 116117 und 112 oder aus dem Pflegeheim kontaktiert wird. Die Koordination regelt die Weiterleitung an die entsprechenden Stellen, sei es zur Terminbuchung bei Hausärzt:innen, zur Kontaktaufnahme mit Telenotärzt:innen, der Anforderung eines Rettungswagens oder der Notaufnahme.

Im Notfall gut versorgt (S.188)

Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) in der Notaufnahme



Beschreibung: In deutschen Notaufnahmen kommt es häufig zu langen Wartezeiten und Überfüllung. Um dem entgegenzuwirken, sollten an 425 Krankenhäusern der Notfallstufen 2 und 3 integrierte Notfallzentren eingerichtet werden. Die effiziente Behandlung von Notfällen erfordert den Einsatz digitaler Systeme, etwa durch digitale Armbänder, die Patient:innen durch das Krankenhaus leiten. Zur Finanzierung der Notaufnahmen sollte eine Vorhaltefinanzierung je nach Notfallstufe erfolgen, um das nötige Personal und die Ausstattung bereitzustellen. Ein bedeutender Fortschritt wird die KI-gestützte Auswertung von Patient:innendaten, die den Ärzt:innen bei der schnellen Diagnosefindung hilft.

Im Notfall gut versorgt (S.192)



Beschreibung: Viele medizinische Leistungen müssen nicht zwangsläufig stationär in einer Klinik erbracht werden. Ein Beispiel zeigt, dass Patient:innen mit schwereren Infektionen, die eine intravenöse Antibiotikabehandlung benötigen, nach kurzer Zeit fieberfrei sind, jedoch weiterhin eine solche Behandlung benötigen. In Zukunft könnte diese Therapie auch im häuslichen Umfeld erfolgen, wie es das „hospital@home“-Konzept in den USA vorsieht. Dieses Modell, bei dem auch chronisch kranke Patient:innen im häuslichen Umfeld überwacht und behandelt werden, könnte stationäre Aufenthalte vermeiden und somit die Behandlungskosten senken. Für die Umsetzung dieses Konzepts wären jedoch eine gesetzliche Regelung sowie eine entsprechende Finanzierung erforderlich.

Health Security (S.199)



Beschreibung: Im Falle eines Konflikts müsste Deutschland als zentrale Drehscheibe die Versorgung von schwerverletzten und geflüchteten Personen übernehmen, insbesondere in Städten wie Köln. Die Koordination der Versorgung sollte in die Hände des Sanitätsdienstes der Bundeswehr gelegt werden, der die Zuweisung von Patient:innen an die entsprechenden Krankenhäuser übernimmt. Ein Netzwerk aus BG-Kliniken, Universitätskliniken und Maximalversorgern muss dafür etabliert werden.

Health Security (S.200)



Beschreibung: Länder wie Israel und einige skandinavische Staaten sind in der Lage, Krankenhausbehandlungen im Krisenfall unterirdisch fortzuführen. Dies wird durch Tiefgaragen ermöglicht, die mit Sauerstoffanschlüssen und Notstrom ausgestattet sind und bei Bedarf in Behandlungsräume umgewandelt werden können. Die Bundesregierung sollte prüfen, welche deutschen Krankenhäuser solche Einrichtungen vorhalten können und entsprechende Umsetzungspläne finanzieren. Besonders geeignet wären BG-Kliniken, Bundeswehrkrankenhäuser sowie einige Maximalversorger und Unikliniken. Insgesamt wären etwa 150 bis 200 Krankenhäuser hierfür erforderlich.

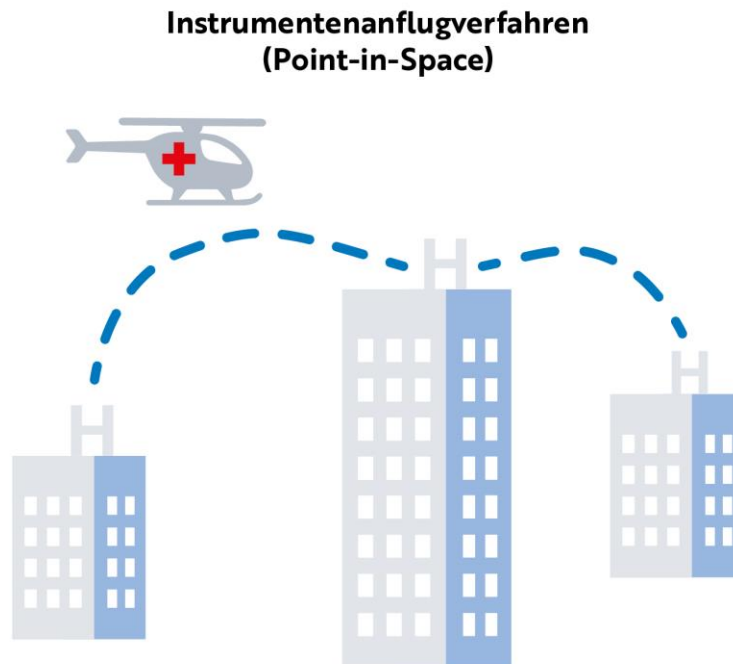
Health Security (S.202)

Auswirkungen des Klimawandels und notwendige Anpassungen im Gesundheitswesen



Beschreibung: Der Klimawandel führt zu häufigeren Wetterextremen, die auch Anpassungen im Gesundheitswesen erfordern. Investitionsmittel für „Klimaanpassungsmaßnahmen“ müssen von den Bundesländern bereitgestellt werden. Zusätzlich sind bauliche Absicherungen gegen Überflutungen und **öffentliche Brunnen** in Großstädten erforderlich, um die Bevölkerung bei Hitzeperioden mit Flüssigkeit zu versorgen.

Health Security (S.203)



Beschreibung: Es sollten bundeseinheitliche Vorgaben für Luftrettungslandeplätze an Kliniken der Notfallversorgung eingeführt werden. Stufe 3-Kliniken sollen **Instrumentenanflugverfahren (PinS)** ermöglichen. Zudem sollte ein Low-Level-Instrumentenflugregel-Netz für Luftrettung und Behördenflüge etabliert werden, um Verlegungen bei schlechtem Wetter zu sichern.