

**Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages**

Dr. Klaus Reinhardt

zur Eröffnung des 130. Deutschen Ärztetages

12. Mai 2026

Sperrfrist:

Beginn der Rede

Es gilt das gesprochene Wort

Anrede,

ich begrüße Sie herzlich zum 130. Deutschen Ärztetag hier in Hannover.

Vor 13 Jahren haben wir uns zuletzt hier im HCC versammelt.

Schon damals stand die Frage im Mittelpunkt: Wie sichern wir dauerhaft die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems?

Die Frage ist geblieben und sie ist drängender denn je.

Denn die Rahmenbedingungen, unter denen wir Gesundheit organisieren, finanzieren und verantworten, sind mehr als herausfordernd:

Kriege, geopolitische Spannungen, zunehmender Isolationismus und daraus resultierende wirtschaftliche Unsicherheiten prägen unsere Zeit.

Sie wirken tief in unsere Gesellschaft hinein, sie fordern unsere Volkswirtschaft heraus und betreffen unmittelbar auch unser Gesundheitswesen.

Die Ausgangslage ist komplex:

Unser Gesundheitswesen steht unter erheblichem finanziellen Druck.

Gleichzeitig erleben wir den Fachkräftemangel in vielen Versorgungsbereichen – in der Altenpflege, in der Rehabilitation, in der öffentlichen Gesundheitsversorgung und wesentlich und zunehmend auch in unseren Praxen und Kliniken.

Dabei sehen wir eine weithin unkoordinierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, insbesondere im ambulanten und stationären Bereich.

Meine Damen und Herren, wer meint, diese Probleme durch zusätzliche Lasten auf der Versorgungsebene lösen zu können, verkennt den Ernst der Lage.

Und, an dieser Stelle muss ich dem Bundeskanzler widersprechen:
Das vorliegende GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist ein reines Spargesetz
und sicher nicht eine der größten Sozialreformen der letzten Jahrzehnte.

Der Reformbedarf ist zweifellos da – und er ist dringend und zwingend.

Sehr geehrte Frau Ministerin, Sie haben diese Situation mit Ihrem Amtsantritt
sozusagen „geerbt“.

Aber, sehr geehrte Frau Ministerin, Sie stellen sich dieser Aufgabe und müssen
in kürzester Zeit nachholen, was mehrere Ihrer Amtsvorgänger unterlassen
haben.

Das muss man deutlich aussprechen und anerkennen – bei aller Kritik, die ich
Ihnen und der Bundesregierung nicht ersparen kann.

Hat die Finanzkommission mit ihren Vorschlägen noch alle adressiert, so nimmt
das Spargesetz einen wesentlichen Akteur aus.

Und zwar den Staat, namentlich den Bundesfinanzminister.

Minister Klingbeil lässt nach wie vor keinerlei Bereitschaft erkennen, einen
wesentlichen Einstieg – und das wären aus unserer Sicht mindestens drei
Milliarden Euro jährlich – in die vollständige Refinanzierung
versicherungsfremder Leistungen einzuleiten.

Dabei geht es hier nicht allein um ordnungspolitische Prinzipien:
Die Absicherung der Menschen im Bürgergeldbezug ist Ausdruck eines
gesamtgesellschaftlichen Solidarversprechens und damit eine originäre
staatliche Aufgabe.

Und es ist überhaupt nicht einzusehen, warum dieses Solidarversprechen ausschließlich von den gesetzlich Versicherten durch höhere Belastungen und Sparmaßnahmen eingelöst werden soll.

Das schert Herrn Klingbeil aber nicht.

Im Gegenteil: Der Bund erhöht die Beitragspauschale für Bürgergeldbezieher im Jahr 2027 um lediglich 250 Millionen Euro.

Und das bei einem Fehlbetrag von zwölf Milliarden Euro, den die Kassen für Bürgergeldempfänger aufwenden müssen.

Das sind gerade einmal zwei Prozent!

Aber es kommt noch schlimmer:

Gleichzeitig wird ab dem kommenden Jahr der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds für die Finanzierung von eigentlich staatlichen Aufgaben von 14,5 Milliarden auf 12,5 Milliarden Euro gesenkt.

250 Millionen kommen rein, zwei Milliarden werden dem System entnommen.

Im Saldo ist das im kommenden Jahr ein Minus von 1,75 Milliarden Euro.

Das ist weder seriös, noch solide, noch solidarisch!

Das ist ein finanzpolitischer Taschenspielertrick, mit dem die Versicherten, die Patienten und die Beschäftigten im Gesundheitswesen zur Konsolidierung des Bundeshaushalts herangezogen werden sollen.

Dabei trifft es die Beschäftigten im Gesundheitswesen sogar doppelt: als Beitragszahler und als diejenigen, die die Konsequenzen der Sparpolitik tagtäglich durch zusätzliche Belastung und Mehrarbeit auffangen müssen.

Das, meine Damen und Herren, ist ein Affront gegenüber allen, die in der Patientenversorgung tätig sind.

Mit einer solchen Politik nach Kassenlage kann man Versorgung nicht dauerhaft sichern.

Die Höhe des Bundeszuschusses darf deshalb nicht weiter nach politischen Opportunitätskriterien festgelegt werden, sie muss systematisch berechnet werden.

Mein Vorschlag, Frau Ministerin Warken: Der Bundeszuschuss sollte regelgebunden und dynamisch an den tatsächlichen Kosten versicherungsfremder Leistungen ausgerichtet werden.

Dafür brauchen wir einen verbindlichen Kriterienkatalog, der eindeutig festlegt, welche Leistungen beitrags- und welche steuerfinanziert sein müssen.

Und wir brauchen mehr Transparenz über die Mittelverwendung des Bundeszuschusses, um politische Verschiebungen sichtbar zu machen und Verantwortung einzufordern.

Ich weiß, dass es nicht einfach sein wird, eine solche Regelung im Kabinett durchzusetzen, Frau Warken – aber Sie haben dafür die volle Unterstützung der Beschäftigten im Gesundheitswesen!

Und, sehr geehrte Frau Ministerin, damit wir hier nicht als politisch einfältig verstanden werden:

Natürlich muss der Bundesfinanzminister seinen Haushalt zur Deckung bringen.

Dazu muss sicher auch gespart werden.

Vorschläge dazu macht der Bundesrechnungshof jährlich für das gesamte Spektrum des staatlichen Handelns – nicht nur für das Gesundheitswesen.

Daran könnte man sich orientieren.

Meine Damen und Herren:

Wer Stabilität will, muss Verantwortung übernehmen – und zwar gerecht, transparent und nachhaltig.

In den letzten 15 Jahren, von 2010 bis 2025, sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung um mehr als 100 Prozent gestiegen, während die allgemeine Preisentwicklung über diesen Zeitraum knapp 37 Prozent betrug.

Dafür gibt es natürlich Gründe.

Wir sehen eine älter werdende Bevölkerung, mehr Multimorbidität, mehr chronische Erkrankungen und damit auch einen wachsenden Bedarf an Koordination, Zuwendung und Kontinuität.

Die Medizin entwickelt für viele Erkrankungen neue Therapieverfahren, die hochwirksam, aber eben auch extrem teuer sind.

Wir müssen also den klassischen Zielkonflikt zwischen Finanzierung und Versorgung auflösen.

Dabei sind zwei Prämissen grundlegend:

Keine unangemessenen Kürzungen zulasten der Patientenversorgung.

Und keine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für die Menschen, die dieses System tragen.

Meine Damen und Herren, es liegt auf der Hand, dass die Einnahmen und die Ausgaben der GKV wieder in Einklang gebracht werden müssen.

Aktuell wird aber von manchem der Eindruck erweckt, diese Aussage sei gleichbedeutend mit einer Bindung aller GKV-Ausgaben an die Entwicklung der Grundlohnrate.

Das ist so unzutreffend!

Wer ernsthaft an einer finanzierbaren, solidarischen Gesundheitsversorgung Interesse hat, muss Einnahmen wie Ausgaben in den Blick nehmen.

Und dabei gilt: Ein solidarisches System muss sich immer am medizinisch notwendigen Bedarf der Bevölkerung ausrichten.

Lassen Sie mich das anhand einiger der geplanten Maßnahmen konkretisieren:

Offene Sprechstunden und die Vermittlung von Terminen über die Plattform „116117“ sind wichtige Instrumente für einen zeitgerechten Zugang zur fachärztlichen Versorgung.

Das sage nicht nur ich, das sieht auch die Finanzkommission Gesundheit so.

Sie empfiehlt sogar ausdrücklich die Beibehaltung dieser beiden Instrumente.

Es ist deshalb vollkommen widersprüchlich, dass Kommission und Bundesregierung diese Instrumente wegen ihres Nutzens zwar erhalten möchten, ihnen andererseits aber die finanzielle Grundlage und damit ihre Wirksamkeit entziehen wollen.

Das passt einfach nicht zusammen, Frau Ministerin!

Das zweite Beispiel betrifft die Krankenhäuser:

Die bisherige Refinanzierung von Tarifsteigerungen für das Personal ist ein Schlüssel zur Sicherung ausreichender Besetzung und wirtschaftlicher Stabilität.

Ich halte es für unverantwortlich, die Einkommensentwicklung angesichts einer enorm verdichteten Arbeitslast, eines allerorten spürbaren Fachkräftemangels und höchst differenzierter Qualifikationsanforderungen strukturell nicht mehr vollständig abzubilden.

Die Refinanzierung von Tarifsteigerungen sollte deshalb keinesfalls ohne tragfähige Alternative gestrichen werden.

Und wo wir gerade bei Kurskorrekturen sind:

Sie haben uns den Dialog im vergangenen Jahr auf dem Ärztetag und bei weiteren Gelegenheiten angeboten.

Wir kommen hier und heute darauf zurück und spiegeln Ihnen zur „Verarbeitung“ eine Einschätzung der Expertinnen und Experten aus der Praxis:

Das geplante verpflichtende Zweitmeinungsverfahren für sogenannte mensesensible Eingriffe hört sich zunächst einmal gut an.

Bei genauerem Hinsehen offenbaren sich aber massive Schwachstellen.

Es fehlt an Evidenz.

Das hat auch die Finanzkommission Gesundheit ausdrücklich festgestellt.

Sie hat deswegen empfohlen, die verpflichtende Zweitmeinung zunächst nur für eine Indikation einzuführen, dann die Auswirkungen zu evaluieren und dann über das weitere Vorgehen zu entscheiden.

Aber schon diese Idee eines großen Feldversuchs halte ich für problematisch.

Der Gesetzentwurf spart sich die Evaluation aber nun vollständig.

Doch wie sieht der Praxis-Check aus?

Neben der langjährigen fachärztlichen Tätigkeit soll die besondere Expertise der Zweitbegutachter auch „Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie

einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff“ beinhalten.

Als weitere Kriterien werden – ich zitiere: „regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet“ oder eine „besondere Zusatzqualifikation“ gefordert.

Aber wo sollen sie denn herkommen, die vielen unabhängigen Ärztinnen und Ärzte, die diese Kriterien erfüllen?

Meine Damen und Herren, hier, wie an vielen anderen Stellen dieses Reformpakets, wird mit Ressourcen geplant, die gar nicht vorhanden sind.

Sie alle kennen den Spruch:

„Der Unterschied zwischen Theorie und Praxis ist in der Praxis größer als in der Theorie.“

Das bedeutet: Ohne einen verantwortlichen Praxischeck kann eine solche Reform nicht tragen. Da braucht es schon den Sachverstand der in der Versorgung Tätigen.

Wir sind bereit, gemeinsam mit Ihnen, sehr geehrte Frau Ministerin, nach Lösungen zu suchen.

Aber eine so ambitionierte Aufgabe kann man nicht einfach durchdrücken.

Bei allem Verständnis dafür, dass dringender Handlungsbedarf besteht: Es ist schlichtweg nicht vertretbar, dass ein mehr als 150 Seiten starker Gesetzentwurf mit zahlreichen und einschneidenden Änderungen mit nur einem Werktag Zeit zur Stellungnahme an die Verbände geschickt wird.

Ich darf den Koalitionsvertrag in Erinnerung bringen:

„Gute Gesetzgebung ist gründlich, integrativ und transparent. [...] Bereits in der Frühphase von Gesetzgebungsverfahren werden wir Praxischecks durchführen und Betroffene sowie Vollzugsexperten und -expertinnen aus Bund, Ländern und Kommunen mit angemessenen Fristen (in der Regel vier Wochen) beteiligen.“

Sehr geehrte Frau Ministerin, meine Bitte, mein Vorschlag:

Stellen Sie diese Reform noch einmal auf „Hold“.

Bringen Sie alle Beteiligten aus der Patientenversorgung an einen Tisch.

Holen Sie den Bundesfinanzminister dazu.

Formulieren Sie klare Zielmarken.

Und lassen Sie uns gemeinsam Mittel und Wege finden, wie wir diese Ziele erreichen, ohne dass es zu gefährlichen Verwerfungen in der Patientenversorgung kommt.

Für zukünftige Gesetzesvorhaben schlage ich ein unabhängiges Prüfungsgremium vor, in Anlehnung an den Normenkontrollrat.

Dort sollten Gesetzentwürfe aus der Versorgungsperspektive anhand klarer Indikatoren wie zum Beispiel Wartezeiten, Personalbelastung, Behandlungsqualität und regionale Versorgungssicherheit bewertet werden.

Meine Damen und Herren, bei allen notwendigen Reformbemühungen dürfen wir die grundsätzliche Frage nicht aus dem Blick verlieren:

Welchen Stellenwert soll Gesundheit in unserer Gesellschaft haben?

Das beginnt schon bei der Frage, wie wir Krankheit definieren – also was wir als behandlungsbedürftig ansehen und welche Erwartungen wir daraus an die Medizin ableiten.

Nicht alles, was medizinisch möglich ist, ist auch notwendig, geschweige denn dauerhaft finanzierbar.

Und nicht jede Anspruchshaltung trägt dazu bei, dass unser System solidarisch und leistungsfähig bleibt.

Umso wichtiger ist die Frage, woher diese Anspruchshaltung eigentlich rührt.

Sie geht maßgeblich darauf zurück, dass Politik und Kostenträger den Bürgerinnen und Bürgern über viele Jahre hinweg ein nahezu unbegrenztes Leistungsversprechen gegeben haben.

An dieser Stelle sollten wir noch einmal den Paragraphen 12 des SGB V in Erinnerung rufen:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“

Das wird jetzt nicht jedem gefallen, aber, meine Damen und Herren, es kann kein unbegrenztes Leistungsversprechen geben, wenn die Ressourcen begrenzt sind – das wäre nicht redlich.

Tatsächlich beruhte dieses Versprechen auf einer stillen Verschiebung der Lasten auf diejenigen, die die Versorgung tatsächlich tragen.

Unbezahlte Mehrarbeit, steigender Leistungsdruck und immer dichtere Taktungen im Versorgungsalltag sind seit Jahren Realität.

Man kann es auch so formulieren:

Das Gesundheitswesen hat dem Staat über lange Zeit einen stillen „Sozialrabatt“ gewährt.

Der stößt aber jetzt an seine Grenzen.

Ein System, das dauerhaft darauf setzt, strukturelle Defizite durch individuelle Überlastung auszugleichen, ist nicht zukunftsfähig und wird vorhersehbar scheitern.

Natürlich kann die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens nicht isoliert betrachtet werden.

Sie ist eingebettet in die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unseres Landes.

Oder, um es mit Helmut Schmidt zu sagen:

„Die beste Sozialpolitik ist eine gute Wirtschaftspolitik.“

Die Kosten für Gesundheit, für Rente und für soziale Sicherung können wir nur tragen, wenn wir sie auch gemeinsam erwirtschaften.

Genau hier müssen wir uns derzeit erheblichen Herausforderungen stellen: Zunehmender Isolationismus, Handelskonflikte, Zölle und wachsender wirtschaftlicher Druck aus anderen Weltregionen setzen unsere Industrie und unseren Mittelstand massiv unter Druck.

Die Folgen sind sichtbar in Standortverlagerungen, in Insolvenzen, in Arbeitsplatzverlusten.

Und wir müssen uns darüber im Klaren sein, was das für unser solidarisch finanziertes System bedeutet:

Jeder Mensch, der seine Arbeit verliert, fällt als Beitragszahler für unsere sozialen Sicherungssysteme aus und wird zugleich auf Unterstützung angewiesen sein.

Das darf man niemandem zum Vorwurf machen, aber es belastet unsere sozialen Sicherungssysteme gleich doppelt.

Was ich damit sagen will:

Die wirtschaftliche Entwicklung wirkt unmittelbar auf die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens.

Wir können und wir müssen deshalb durch kluge Strukturreformen, durch eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung und durch einen verantwortungsvollen Einsatz unserer Ressourcen dazu beitragen, die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens zu erhalten.

Denn ein System, das effizient arbeitet, das Fehlanreize vermeidet, das Ressourcen gezielt dort einsetzt, wo sie den größten Nutzen stiften, ein solches System entlastet nicht nur sich selbst – es entlastet auch die wirtschaftlichen Grundlagen, auf denen es ruht.

Aber, meine Damen und Herren, die Reformnotwendigkeit ist nicht nur ökonomisch begründet, sie ist auch ethisch verpflichtend.

Es lohnt an dieser Stelle ein Blick auf die Prinzipien der christlichen Sozialethik, die hier den normativen Rahmen bieten kann.

Es sind die grundlegenden gesellschaftlichen Wertvorstellungen von Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung.

Die Solidarität ist das Fundament unseres Gesundheitssystems.

Sie bedeutet, dass Gesunde für Kranke, Starke für Schwache und Leistungsfähige für Hilfsbedürftige eintreten.

Aber Solidarität kann nur dann dauerhaft bestehen, wenn sie als gerecht, nachvollziehbar und belastbar erlebt wird.

Ein System aber, das immer höhere Kosten erzeugt und immer mehr von denen verlangt, die es tragen, stellt seine Akzeptanz in Frage.

Subsidiarität bedeutet: Entscheidungen müssen nah an der Versorgung und nah an den handelnden Akteuren getroffen werden.

Was dort sachgerecht entschieden werden kann, gehört nicht in immer neue zentrale Steuerungs- und Verwaltungsebenen.

Gerade in unserem Gesundheitswesen aber erleben wir stattdessen seit Jahren Überregulierung, Bürokratie und zentrale Steuerung als Bremsklötze.

Vieles, was eigentlich der Versorgung dienen soll, bindet in Wahrheit nur Zeit, Energie und Ressourcen – sei es durch Dokumentationspflichten, Genehmigungsverfahren oder komplexe Zuständigkeitsregelungen.

Subsidiarität ist deshalb nicht nur eine ordnungspolitische Leitidee, sondern ein ganz praktisches Reformziel.

Konkret heißt das:

Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung, Abbau unnötiger administrativer Strukturen und eine Versorgung, die effizienter, praxisnäher und patientenorientierter organisiert ist.

Eigenverantwortung wiederum richtet sich an die Einzelnen.

Sie ist mehr als eine finanzielle Beteiligung.

Eigenverantwortung bedeutet, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, Prävention ernst zu nehmen und medizinische Leistungen bewusst und angemessen zu nutzen.

Das ist kein Vorwurf an Patientinnen und Patienten, sondern ein essenzieller Bestandteil eines tragfähigen Gesundheitssystems.

Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung sind keine Gegensätze, sie gehören zusammen.

Und erst im Zusammenspiel entsteht ein tragfähiges Modell.

Zu wenig Solidarität führt zu sozialer Ungleichheit und Versorgungslücken.

Zu wenig Subsidiarität führt zu Ineffizienz und Verantwortungsdiffusion.

Zu wenig Eigenverantwortung führt zu einer Überlastung des Systems.

Deshalb müssen wir diese drei Prinzipien neu austarieren.

Nicht ideologisch, sondern sachlich.

Nicht mit Schlagworten, sondern mit Reformen, die im Alltag funktionieren.

Wenn wir diese Prinzipien ernst nehmen und neu ausbalancieren wollen, dann müssen wir uns auch ehrlich fragen, wo unser System heute an sich selbst unnötig Kraft verliert.

Zu oft binden komplexe Regeln, aufwendige Verfahren und überbordende Verwaltung genau die Ressourcen, die wir eigentlich dringend in der Versorgung brauchen.

Mein konkreter Vorschlag, Frau Ministerin:

Richten Sie eine Bürokratie-Task-Force aus Politik und ärztlicher Selbstverwaltung ein, um die vielen schon vorliegenden Empfehlungen zum Bürokratieabbau zügig in umsetzbare Maßnahmen zu überführen.

Wir waren im Übrigen schon mal fast so weit.

Lassen Sie uns eine konkrete Zielmarke festlegen, etwa eine Reduzierung der administrativen Belastung um mindestens zehn Prozent pro Jahr.

Dann würden wir noch im Laufe dieser Legislaturperiode eine spürbare Entlastung der Praxen und Kliniken erreichen.

Wenn wir Bürokratie abbauen wollen, dann muss auch die Digitalisierung daran gemessen werden, ob sie Komplexität reduziert oder neue erzeugt.

Denn nicht jede digitale Neuerung ist automatisch ein Gewinn für die Versorgung.

Die Frage stellt sich auch bei einigen Regelungen des gerade vorgelegten Gesetzentwurfs für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich halte diesen Entwurf an entscheidenden Punkten für absolut übergriffig.

Dass Krankenkassen erlaubt werden soll, Diagnosen, Medikation und sogar Inhalte der elektronischen Patientenakten auszuwerten, ohne dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte einbezogen werden, bedeutet einen tiefgreifenden Paradigmenwechsel.

Hier findet eine Verschiebung der Steuerungs- und Entscheidungskompetenz zu Lasten der individuellen Patienten-Arzt-Beziehung statt.

Und nur nebenbei und am Rande erwähnt:

Wie sind solche Regelungen mit den Prinzipien wie Arztgeheimnis und ärztlichem Haftungsrecht vereinbar?

Wir erteilen solchen Allmachts-Phantasien einzelner Krankenkassenvertreter eine klare Absage – unsere Patienten sicher auch!

Meine Damen und Herren, Strukturen müssen sich nach dem Bedarf richten, nicht der Bedarf nach den Strukturen.

Das sollte grundlegend sein, wenn die Finanzkommission Gesundheit ihren zweiten Bericht zum strukturellen Reformbedarf in unserem Gesundheitswesen erarbeitet, den wir im Herbst dieses Jahres erwarten.

Dabei will ich einen Punkt besonders hervorheben: die primärärztliche Versorgung.

Unser Ansatz ist eindeutig: Patientinnen und Patienten sollen sich grundsätzlich in eine Praxis als erste Anlaufstelle einschreiben – in der Regel bei ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt.

Aber auch hier gilt: Die bereits angesprochenen Prinzipien von Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung müssen konsequent zur Anwendung kommen.

Ein Primärversorgungssystem mit funktionierender Ersteinschätzung und koordinierter Zuweisung in die jeweils geeigneten Versorgungsstrukturen kann nur dann seine Wirkung entfalten, wenn es auch verbindlich genutzt wird.

Solidarität setzt voraus, dass vorhandene Ressourcen im Interesse aller effizient eingesetzt werden.

Subsidiarität bedeutet, dass die Steuerung dort erfolgt, wo die fachliche Verantwortung getragen wird.

Und Eigenverantwortung heißt in diesem Zusammenhang auch, die vorgesehenen Zugangswege zur Versorgung einzuhalten.

Wer sich bewusst außerhalb dieser Strukturen bewegt, muss deshalb auch bereit sein, die dadurch entstehenden Mehrkosten mitzutragen.

Das lässt sich eins zu eins auch auf die aktuellen Pläne für eine Reform der Notfallversorgung beziehen.

Eine echte Entlastung der Notfallstrukturen kann nur dann wirksam werden, wenn die vorgesehenen Zugangs- und Behandlungspfade von den Hilfesuchenden verbindlich und einheitlich genutzt werden.

Frau Ministerin, aus diesem Grund halte ich es für gut und richtig, dass Sie diese Reform nach langem Stillstand voranbringen und dabei auch die Neuordnung des Rettungsdienstes mit einbeziehen.

Vor dem Hintergrund der geplanten Einschnitte in allen Leistungsbereichen ist es aber weder sachgerecht noch leistbar, unabhängig vom tatsächlichen Bedarf rund um die Uhr – und damit auch während der regulären Versorgungszeiten – telemedizinische und aufsuchende Angebote vorzuhalten.

Der völlig unkoordinierten Inanspruchnahme der unterschiedlichen Versorgungsebenen durch die Einführung einer weiteren zu begegnen, ist geradezu absurd!

Auch ein Nebeneinander verschiedener Ersteinschätzungssysteme mit jeweils unterschiedlichen Steuerungsfolgen, wie es der Gesetzentwurf vorsieht, kann nicht der richtige Weg sein.

Ziel muss es sein, die bestehenden Strukturen spürbar zu entlasten und die Akut- und Notfallversorgung sektorenübergreifend und bedarfsgerecht zu organisieren.

Sehr geehrte Frau Ministerin, Sie sehen, wir haben im parlamentarischen Verfahren noch erheblichen Korrekturbedarf.

Und auch bei der weiteren Umsetzung der Krankenhausreform muss dringend nachgebessert werden.

Es ist zwar gut und wichtig, dass Bund und Länder endlich den Weg für die Krankenhausreform freigemacht haben, aber sowohl bei der Vorhaltevergütung als auch bei der Berücksichtigung der Weiterbildung bleibt noch viel zu tun.

Wir werden auf diesem Ärztetag aufzeigen, Frau Ministerin, was in den einzelnen Reformfeldern noch konkret verbessert werden muss.

Aber alle diese aktuellen Reformen, meine Damen und Herren, sind letztlich nur ein Kurieren an Symptomen – so ehrlich müssen wir sein.

Eine Langzeittherapie sieht anders aus.

Sie erfordert in der Diagnose einen ernsthaften Blick auf das Thema Prävention.

Hier brauchen wir einen echten Neustart.

Denn Prävention ist die Voraussetzung dafür, dass unser System langfristig finanzierbar und leistungsfähig bleibt.

Dazu gehört auch ein neuer politischer Stellenwert von Gesundheitskompetenz.

Forschungsergebnisse für Deutschland zeigen, dass knapp 60 Prozent der Bevölkerung erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen haben.

Besonders betroffen sind Menschen mit unzureichender Bildung und niedrigem Einkommen.

Deshalb muss Gesundheitskompetenz als fester Bestandteil früher Bildung in Kitas, in Schulen, in Aus- und Fortbildung gefördert werden – niedrigschwellig, alltagsnah und lebensweltbezogen.

Gerade ältere, oft mehrfach erkrankte Menschen müssen sich im Gesundheitssystem zurechtfinden, Präventionsangebote nutzen, Medikationspläne verstehen, digitale Anwendungen einordnen und mit chronischen Erkrankungen umgehen können.

Damit das gelingt, müssen wir Prävention und Gesundheitskompetenz strukturell und finanziell stärker verankern.

Ein zweckgebundener, steuerfinanzierter Public-Health-Fonds für Prävention und Gesundheitskompetenz wäre aus meiner Sicht ein richtiger Schritt – finanziert etwa aus Abgaben auf Alkohol, Zucker und Tabak.

Und es ergäbe sich ein sinnvoller zweiter Effekt:

Höhere Preise auf gesundheitsschädliche Genussmittel können den Konsum nachweislich senken und insbesondere bei Kindern und Jugendlichen die Einstiegshürden erhöhen.

Sie sind damit ein wichtiger Baustein im Kampf gegen die großen Volkskrankheiten unserer Zeit wie Tumor- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, COPD oder Adipositas.

Würden hier endlich echte Fortschritte erzielt, hätte das nicht nur positive Auswirkungen auf die Gesundheit jedes Einzelnen, sondern würde langfristig auch die Volkswirtschaft um Milliardenbeträge entlasten – allein bei Adipositas belaufen sich die Kosten auf rund 63 Milliarden Euro pro Jahr!

Auch Rauchen und Alkoholkonsum verursachen erhebliche Kosten für unsere Gesellschaft.

Allein die Kosten für die Behandlung tabakbedingter Erkrankungen belaufen sich auf rund 30 Milliarden Euro.

Hinzu kommen jährlich mehr als 16 Milliarden Euro an direkten Kosten durch Alkoholkonsum.

Meine Damen und Herren, auch der Konsum illegaler Drogen wie Crack sowie synthetischer Opioide wie Fentanyl belastet unser Gesundheitssystem erheblich.

Zugleich haben Suchterkrankungen weitreichende soziale Folgen – sie führen zu familiären Konflikten, zu Vernachlässigung und zu Stigmatisierung der Betroffenen.

Unter dem Titel *„Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung“* wird sich der Ärztetag deshalb intensiv mit den aktuellen Herausforderungen und den notwendigen Weichenstellungen in der Suchtmedizin und Suchtpolitik aus ärztlicher Perspektive befassen.

Ich freue mich sehr, dass wir für diesen Tagesordnungspunkt hochkarätige Referentinnen und Referenten gewinnen konnten.

Meine Damen und Herren, ärztliche Verantwortung bedeutet, dass wir Therapievorschläge für den Einzelnen, wie für die Gesellschaft als Ganzes machen.

Es ist an der Politik, diese Vorschläge ernsthaft zu prüfen.
Gerade jetzt, wo wir vor einer grundlegenden Richtungsentscheidung stehen.

Wollen wir wirklich kurzfristig an der Versorgung sparen – oder langfristig die Ursachen angehen?

Wollen wir noch mehr Lasten auf diejenigen verlagern, die das System tragen – oder Verantwortung endlich gerecht zuteilen?

Wollen wir nur Reformen ankündigen – oder tatsächlich Strukturen ändern?

Ich bin überzeugt: Ein starkes Gesundheitswesen ist kein Kostenfaktor, den man je nach Haushaltslage reduzieren kann.

Ein starkes Gesundheitswesen ist eine grundlegende Voraussetzung für gesellschaftliche Stabilität, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und sozialen Zusammenhalt.

Wer dieses System stabilisieren will, darf es nicht schwächen, sondern muss Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung wieder in ein tragfähiges Gleichgewicht bringen.

Ich lade Sie ein, diesen Weg gemeinsam mit uns zu gehen.

Für unsere Patientinnen und Patienten.

Für unseren Beruf.

Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!