

Wirtschaftspolitische Sommerschule Ver.di GPB, MEMO-Gruppe

Deutsches Gesundheits- und Pflegesystem Auf falschem Pfad und nicht auf der Höhe der Herausforderungen

Kernprobleme und politische Problemverwaltung. Andere machen es besser

von
Dr. Cornelia Heintze

Bielefeld-Sennestadt am 10.09.25

Gliederung

1) Vier große Herausforderungen setzen Gesundheitssysteme massiv unter Druck

- (1) Zunahme chronischer Erkrankungen
- (2) Gealterte Gesellschaft
- (3) Wachsende Gesundheitsungleichheit
- (4) Gesundheitsgefahren aufgrund der Destabilisierung natürlicher Lebensgrundlagen

2) Teuer, wenig effektiv und ungerecht: Zentrale Facetten des deutschen Systems

- Legendenpflege trifft Realität – eine Einleitung
- Überdurchschnittliche Ausgabensteigerungen; Qualität bleibt zurück
- Gründe für das hohe Niveau vermeidbarer Krankenhauseinweisungen
- Beitragssatzentwicklung und die Haupttreiber hinter den starken Ausgabensteigerungen
- Was an kurzfristigen und strukturellen Maßnahmen zur Kostendämpfung nötig wäre?

3) Krankenhausreform:

- Blick zurück: Fallpauschalen als Kernbestand einer Marktstrategie
- Das DRG-Regime liefert Fehlanreize; es belohnt kommerzielle Geschäftsmodelle
- Die Krankenhausreform: Ziele, Eckpunkte, Kritik, Umsetzungsstand

4) Langzeitpflege (LTC) – Das Nötige hat kaum eine Realisierungschance

- 30 Jahre Pflegeversicherung - Starkes Ausgabenwachstum und keine nachhaltige Finanzierung
- Baustelle zu hohe Eigenanteile - es ginge auch anders
- Herausforderung Kommunalisierung: Community Nursing mit Blick auf Österreich
- Das Leistungsversprechen der Pflegeversicherung droht zu implodieren

Schlussbemerkung zu Regression contra Fortschritt

Vier große Herausforderungen

1) Steigende Bedeutung chronischer Gesundheitsprobleme: Insgesamt, bei den Jugendlichen und bei den Hochaltrigen. Bei den Hochaltrigen liegt die Chronikerquote vielfach so hoch wie in Ländern mit hohen Ausgaben und staatlicher Verantwortung für die Langzeitpflege (Skandinavien, Niederlande)

2) Bevölkerungsanteil alter und hochaltriger Menschen ist stark gestiegen. Dies bringt das familienbasierte deutsche System der Langzeitpflege (LTC) unter Druck. Die Gesunderhaltung der Älteren gelingt hier nicht so gut wie in den servicebasierten Systemen von Skandinavien und den Niederlanden. **Folge:** Kostenexplosion bei der Krankenversorgung.

3) Gesundheitsungleichheit: Schere geht nach Einkommen/Vermögen, Bildung und Wohnlage seit den 90er Jahren immer weiter auseinander. **Folge:** Lücke bei der Lebenserwartung ist stark gestiegen.

4) Der Klimawandel und die schlechende Zerstörung unserer natürlichen Lebensgrundlagen wird zum größten Gesundheitsrisiko, im Besonderen für Kinder und alte Menschen. Die Klimakrise selbst ist dabei **nur Teil eines viel größeren Problems.** Durch die Art wie wir produzieren und konsumieren zerstören wir schlechend unsere Lebensgrundlagen. Von 9 planetaren Grenzen sind bereits 6 überschritten: Globale Erwärmung, Funktionsfähigkeit der Biosphäre, Entwaldung, Eintrag von Schadstoffen / Plastik, Stickstoffkreisläufe und Süßwasser. Folge: Das Ökosystem wird zunächst instabil. Sodann kippen einzelne Elemente, was eine Art Dominoeffekt auslösen kann. Aktuell sind wir in der **Destabilisierungsphase.** Quelle: Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung (u.a.)

Erste Herausforderung „Zunahme chronischer Erkrankungen“

1) Steigende Bedeutung chronischer Gesundheitsprobleme in Zahlen:

- Anteil der Erwachsenen mit mindestens einer chronischen Erkrankung stieg von **46,4%** (2014) auf **53,7%** (2024). Bei Altersstandardisierung (konstante Altersstruktur) erfolgte ein Anstieg von **45,9% auf 52,4%** (Quelle: Robert Koch-Institut. Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2025; <https://gbe.rki.de>; 24.08.25)
- Ältere Bevölkerung (65+): Im EU-Durchschnitt litten 2021/22 **43,5 %** an mindestens 2 chronischen Erkrankungen. In Deutschland sind es weit höhere **49%**. Damit liegt Deutschland unter 26 Ländern, für die Daten auf Platz 19. Noch schlechter schneiden nur einige osteuropäischen Länder und Griechenland ab. 8 Länder erreichen Werte von deutlich < 40% (u.a. die Niederlande, Dänemark, Schweden, Österreich und Italien). Quelle: OECD at a Glance 2024, Tab. 2.13

2) Entwicklung des Anteils älterer Bevölkerung (65+) mit besonders schlechter Gesundheit 2010 -23:

- EU-Weit Abnahme von 24,7 auf 18,5%, **in Deutschland gegenläufig eine Zunahme von 15,2 auf 21,1%**. In Dänemark, Finland, den Niederlanden, Irland und Norwegen liegt der Anteil nur etwa halb so hoch. Den **Niederlanden** gelang eine Stabilisierung bei **unter 9%** (bester Wert). Quelle: OECD at a Glance 2024, Tab. 2.8

2) Was ist für die Zukunft zu erwarten? Wahrscheinlich eine **Problemzunahme**, denn

- Anteil adipöser Kinder hat EU-weit zugenommen (2010 bis 2020 um **5 Prozentpunkte**). Damit steigt das Risiko für die Entwicklung chronischer Erkrankungen (Diabetes, Herz-Kreis-Laufen, Magen-Darm usw). Deutschland liegt im Mittelfeld (24% der Jungen und 18% der Mädchen ist übergewichtig) Quelle: OECD at a Glance 2024, Tab. 4.20
- Erfolge bei der Suchtprävention schwinden aufgrund der **Ausbreitung neuer Suchtproblematiken** (Vaupen und internetbezogene Störungen bei Jugendlichen). Quelle: Bundesdrogenbeauftragter: <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/>; 7.9.25
- **Schlechte Ernährung** von Jugendlichen ist europaweit ein riesiges Problem (zu wenig frisches Obst und Gemüse, zu viele hochverarbeitete Lebensmittel, zu viele Softdrinks). Kein Land weist gute Ergebnisse auf; Quelle: OECD HaG24, Tab. 4.12

Zweite Herausforderung: Der demografische Wandel

Bevölkerungsanteil alter und hochaltriger Menschen ist stark gestiegen: Im Zeitraum vom 1.1.95 bis 1.1.24 stieg die Zahl der Ab-75-Jährigen in DE von 5,12 Mio auf 8,35 Mio. (+ 3,23 Mio. = + 78,5%); Quelle: Eurostat. Da ab dem Alter von 75 Jahren der Unterstützungsbedarf stark anwächst, findet bei der Pflegebedürftigkeit eine überproportionale Zunahme statt. Die Zahl anerkannt Pflegebedürftiger lag 1999 bei 2,02 Mio., **2015 bei 2,86 Mio.** (+ 42% in 16 Jahren) und erreichte **Ende 2024 6 Mio.** (Verdoppelung in 9 Jahren): Quellen: Destatis 2025 und BGM (Daten und Fakten, 8-2025).

Aus den Veränderungen erwachsen erhöhte Anforderungen an Pflege und Betreuung

- **Krankenhäuser:** Der Pflegedienst muss in der Lage sein, **Patienten mit Mehrfacherkrankungen** und Demenz angemessen zu versorgen. Höherqualifizierung und mehr Personal sind nötig. Studien zeigen, dass die Mortalität sinkt, wenn ein Drittel des Pflegepersonals über eine akademische Ausbildung verfügt und 1 Kraft max. 6 Patienten betreut. Grundständische Akademisierung der Pflege ist überfällig, findet aber nicht statt
- **Patienten benötigen nach dem Krankenhausaufenthalt gesicherte pflegerische Nachversorgung**
- Menschen über 80 Jahren sind in hohem Maße Unterstützungsbedürftig: Versorgung, Betreuung und Aktivierung **in der eigenen Häuslichkeit** werden immer wichtiger.
- Pflegende Angehörige sind überfordert; Die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit gewinnt an Brisanz (Careaufgaben als Hürde für die Steigerung der Vollzeitbeschäftigung von Frauen)
- **Demenzkranke** benötigen **strukturierte Tagesangebote** (keine Standardlösungen, sondern passgenau) und **feste Bezugspersonen in einem stabilen Umfeld**.
- **Insgesamt gilt:** Versorgung + Aktivierung sollte personenzentriert und sektorübergreifend erfolgen mit Stärkung der individuellen Gesundheitsressourcen

Dritte Herausforderung: Gesundheitsungleichheit

Gesundheitsungleichheit nach Einkommen und Vermögen:

- **USA:** Studien (Harvard und Standford): Differenz zwischen dem reichsten und ärmsten Prozent betrug **2014** fast **15** (**Männer**) resp. **10 Jahre (Frauen)**. Methode: Verknüpfung der Daten der Steuerbehörden und Krankenversicherungen.
- **Deutschland: Kaum Daten verfügbar**
Studie von Karl Lauterbach aus dem Jahr 2006: Frauen mit einem Bruttoeinkommen von mehr als 4.500 € werden 87,2 Jahre alt (Bruttoeinkommen von < als 1.500 €: 78,4 Jahre). **Dem GAP von 8,8 Jahren bei Frauen entsprach bei Männern ein GAP 8,9 Jahren** (Quelle: Lauterbach et al. 2006: Zum Zusammenhang von Einkommen und Lebenserwartung, Köln)

Gesundheitsungleichheit nach Wohnlage hat stark zugenommen:

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den wohlhabendsten und den sozioökonomisch am stärksten deprivierten Regionen untersucht. Dazu Verknüpfung von Todesursachen- und Bevölkerungsstatistik in tiefer regionaler Gliederung. **Ergebnis:** Im Zeitraum **2020 bis 2022** lag die Lebenserwartung der sozial benachteiligten Bevölkerung um **4,3** Jahre (Frauen) resp. **7,2** Jahre (Männer) niedriger als die der sozial gut gestellten Bevölkerung. **Anfang der 2000er** Jahre betrug sie noch **2,6** Jahre bei Frauen und **5,7** Jahre bei Männern
Quelle: RKI <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Sozialer-Status/2025-03-17-Armut-und-Gesundheit.html>

Handlungsoptionen

- Übergreifend:
 - (1) Reduktion der Ungleichheit durch Umverteilung (Vermögensabgabe, Vermögensbesteuerung, höhere Erbschaftssteuer, Erhöhung des Spaltensteuersatzes, Schließung von Steuerschlupflöchern usw.).
 - (2) Soziale Durchmischung in Bildungseinrichtungen, Wohngebieten etc. durch Stärkung des Öffentlichen
- Herausforderungen für das Gesundheitssystem: Stärkung von Gesundheitskompetenz und niedrigschwelliger Angebote.
 Stichworte: Gesundheitspfleger an jeder Schule; Gesundheitskioske in sozialen Brennpunktgebieten (u.a.)

Vierte Herausforderung: Gesundheitsgefahren durch Klimakrise und ökologische Destabilisierung - 1

(1) WHO-Warnung: "Climate change presents a **fundamental threat to human health**. It affects the physical environment as well as all aspects of both natural and human systems – including social and economic conditions and the functioning of health systems. It is therefore a **threat multiplier**, **undermining and potentially reversing decades of health progress**. As climatic conditions change, more frequent and intensifying weather and climate events are observed, including storms, extreme heat, floods, droughts and wildfires. These weather and climate hazards affect health both directly and indirectly, increasing the risk of deaths, noncommunicable diseases, the emergence and spread of infectious diseases, and health emergencies." Die WHO rechnet für die Zeitspanne von 2030 bis 2050 **mit jährlich annähernd 250 Tsd. zusätzlichen Todesfällen**. WHO: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>

(2) Mehr und intensivere Extremereignisse. Beispiel Hochwasser: Im Zeitraum 2004–2023 gab es in Europa (ohne Russland) **330** Hochwasserereignisse verglichen mit **219** im Zeitraum von 1984–2003 (**Zunahme: +51%**). Die Zahl der betroffenen Menschen stieg **von 4,6 Mio. auf 6,5 Mio. (+ 43%)** und der wirtschaftliche Schaden um 12%. Ohne die Maßnahmen des Hochwasserschutzes hätte es mehr Menschen getroffen und wären die Schäden größer gewesen. Quelle: Internationalen Desaster Datenbank (EM-DAT). Bezogen auf Waldbrände zeigt eine aktuelle britische Studie, dass die **Intensität um 30% zugenommen** hat: (<https://www.worldweatherattribution.org/extreme-fire-weather-conditions-in-spain-and-portugal-now-common-due-to-climate-change/>; 4.9.25)

(3) Die **Attributionsforschung** kann Todesfälle aufgrund von Bänden, langanhaltender Dürre, Überschwemmungen etc. zu-rechnen. Beispiel: Die **feuerbedingten Todesfälle** durch Luftverschmutzung haben sich gegenüber den 60er Jahren mehr als **ver-zehnfacht**. Quelle: Chae Yeon Park, Kiyoshi Takahashi et al. (2024): Attributing human mortality from fire (DOI: 10.1038/s41558-024-02149-1)

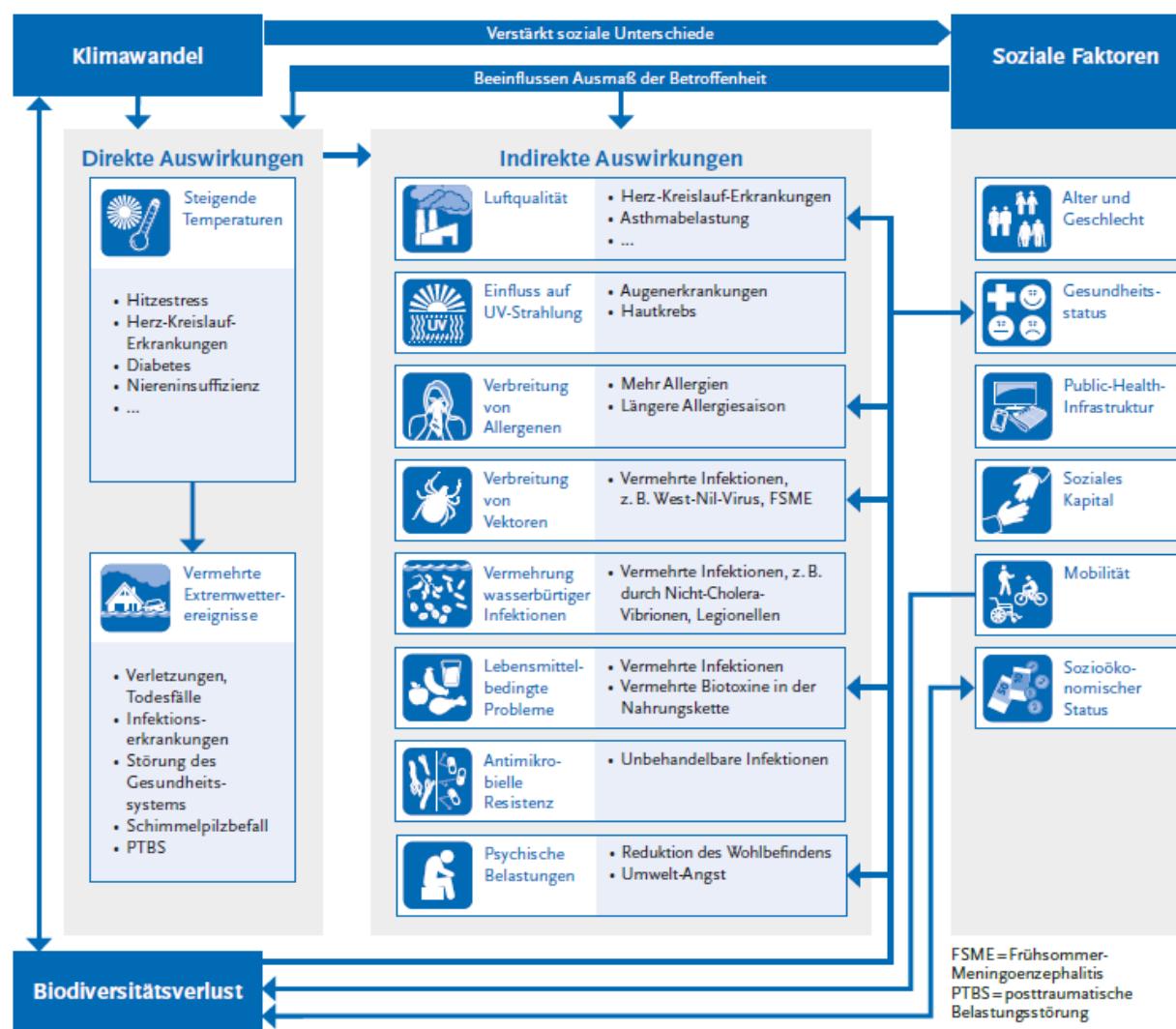
(4) Infektionserkrankungen nehmen weltweit zu, tropische Erkrankungen dringen nach Mitteleuropa vor (Für Details siehe u.a. The 2024 report of the Lancet Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action, The Lancet: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01822-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01822-1/fulltext); 31.10.24. Die Anreicherung von **Mikroplastik** im menschlichen Organismus unterhält chronische Entzündungen.

Handlungsnotwendigkeiten: Generell

Die **Entnahme von Ressourcen** muss so reduziert werden, dass sich menschliches Wirtschaften und Konsumieren an die planetaren Grenzen anpasst. Maßnahmen der Klimaanpassung (grüner Stadtumbau etc.) sind dafür kein Ersatz.

Vierte Herausforderung: Gesundheitsgefahren aufgrund von Klimakrise und ökologischer Destabilisierung - 2

Dr. Heintze



Quelle: RKI (2023): Sachstandbericht Klimawandel und Gesundheit 2023, S. 16.

Klimaneutrale Transformation des Gesundheitssystems

Von Resilienz und Klimaneutralität ist das deutsche Gesundheitssystem weit entfernt. Nach einer Erhebung des Potsdam-Instituts für Klimafolgenforschung (PIK) stand es in 2019 für **6% der bundesdeutschen Emissionen**. Eine Reduktionstrategie existiert nicht.

Ein Bündnis aus Medizin und Klimaforschung (u.a. PIK, Institut für Epidemiologie (EPI) des Helmholtz Zentrums München, Ludwig-Maximilians-Universität München und das Kompetenz-zentrum für klimaresiliente Medizin und Gesundheitseinrichtungen - KliMeG) **fordert** in einem Policy-Brief vom 5.11.24 von der Bundesregierung die Festlegung auf einen **Maßnahmenplan und dessen Finanzierung** (zit nach Ärzteblatt:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/155440/Klimaneutraler-Gesundheitssektor-benötigt-klare-politische-Vorgaben>).

Weltweiter **Vorreiter** bei der klimaneutralen Umgestaltung des Gesundheitssystems **ist der britische NHS**. Er verfügt über eine Strategie und ist dabei, einzelne Maßnahmen (Umstellung der Anästhesie und anderes mehr) zu implementieren. Aktuell liegt der GS-Anteil an den UK-Treibhausgas-Emissionen bei gut **4%**.

Wie gut ist unser Gesundheitssystem für die Bewältigung der großen Herausforderungen gerüstet?

Dr. Heintze

Nötig wären

(1) **School-Nurses:** Gab sie in der Weimarer Republik (große Städte) und in der DDR. Im vereinigten Deutschland existiert aktuell kein Studiengang für School-Nurses und kein Geld für flächendeckende Umsetzung

(2) **Integrierte Versorgung mit multiprofessionellen Teams.** Stattdessen gibt es Sektorenabschottungen und multiprofessionelle Teams als Ausnahme, nicht als Regel.

(3) **Starker öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) als 3 Versorgungssäule:**

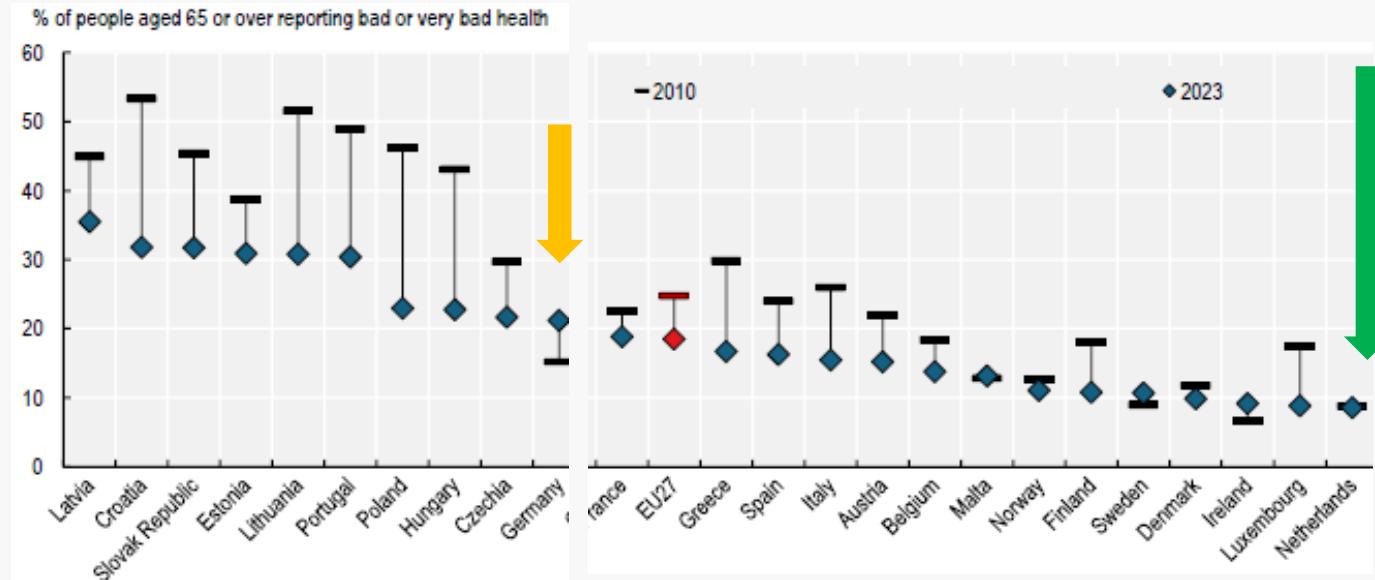
- **Gesundheitskiosken** an sozialen Brennpunkten (Steuer- oder umlagefinanziert)
- **Erweiterte Kompetenzen der Gesundheitsämter** (Steuerung der Gesundheitsvorsorge bei Extremwetter etc.)

Etablierung von Gesundheitskiosken scheiterte unter der Ampel. Koalition aus CDU/CSU und SPD sieht keine Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes vor. **Im Gegenteil.** In der Pandemie war hektisch ein Pakt für den ÖDG mit 5.000 zusätzlichen Stellen geschmiedet worden. Die Finanzierung läuft in 2026 aus. Statt sie fortzusetzen wollen Union und SPD lediglich prüfen, wie man den ÖGD nach dem Ende des Paktes weiterhin unterstützen kann. Somit hat die Politik aus der Pandemie nichts gelernt.

(4) **Sicherung der Gesundheitsversorgung im Katastrophen- und Kriegsfall** (Überschwemmungen, Zusammenbruch der Stromversorgung usw.). Großes Thema in den nordischen Ländern: **Norwegen:** "The regional health authorities are responsible for having preparedness plans for war and crises, including plans for prioritising healthcare personnel." : **Finnland:** Debatte, "whether Finland should build hospitals partially underground, similar to facilities in Narvik in Norway and Kiruna in Sweden." <https://www.nordiclabourjournal.org/>; 28.08.25

FAZIT: Die deutsche Politik verweigert angemessene Antworten auf die großen Herausforderungen.

2



Quelle: OECD, Health at a Glance 2024,
Abb. 2.8, S. 67

Teuer, wenig effektiv und ungerecht: Zentrale Facetten des deutschen Systems

- Legendenpflege trifft Realität – eine Einleitung
- Überdurchschnittliche Ausgabensteigerungen; Qualität bleibt zurück
- Gründe für das hohe Niveau vermeidbarer Krankenhauseinweisungen
- **Beitragssatzentwicklung** und die Haupttreiber hinter den starken Ausgabensteigerungen
- Was an kurzfristigen und strukturellen Maßnahmen zur Kostendämpfung nötig wäre?

Legendenpflege trifft Realität

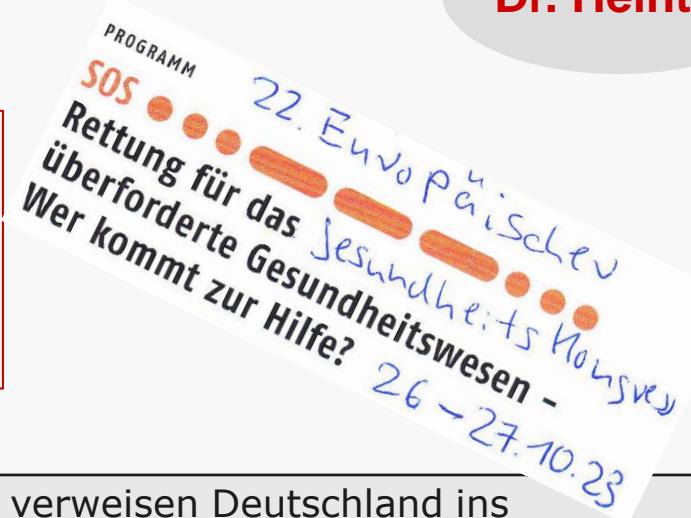
Rückblende auf den vorletzten Bundestagswahlkampf

Beim 2. Triell am Sonntag, den 12.09.21 wurde auch über Krankenversicherungen diskutiert. **Armin Laschet** bezeichnete dabei das britische und dänische Gesundheitssystem als schlechter als das deutsche. Einheitsversicherungen wie in Dänemark oder Großbritannien „**haben ein schlechteres Gesundheitssystem zur Folge**“. Dies blieb von Frau Baerbock und Olaf Scholz unwidersprochen.

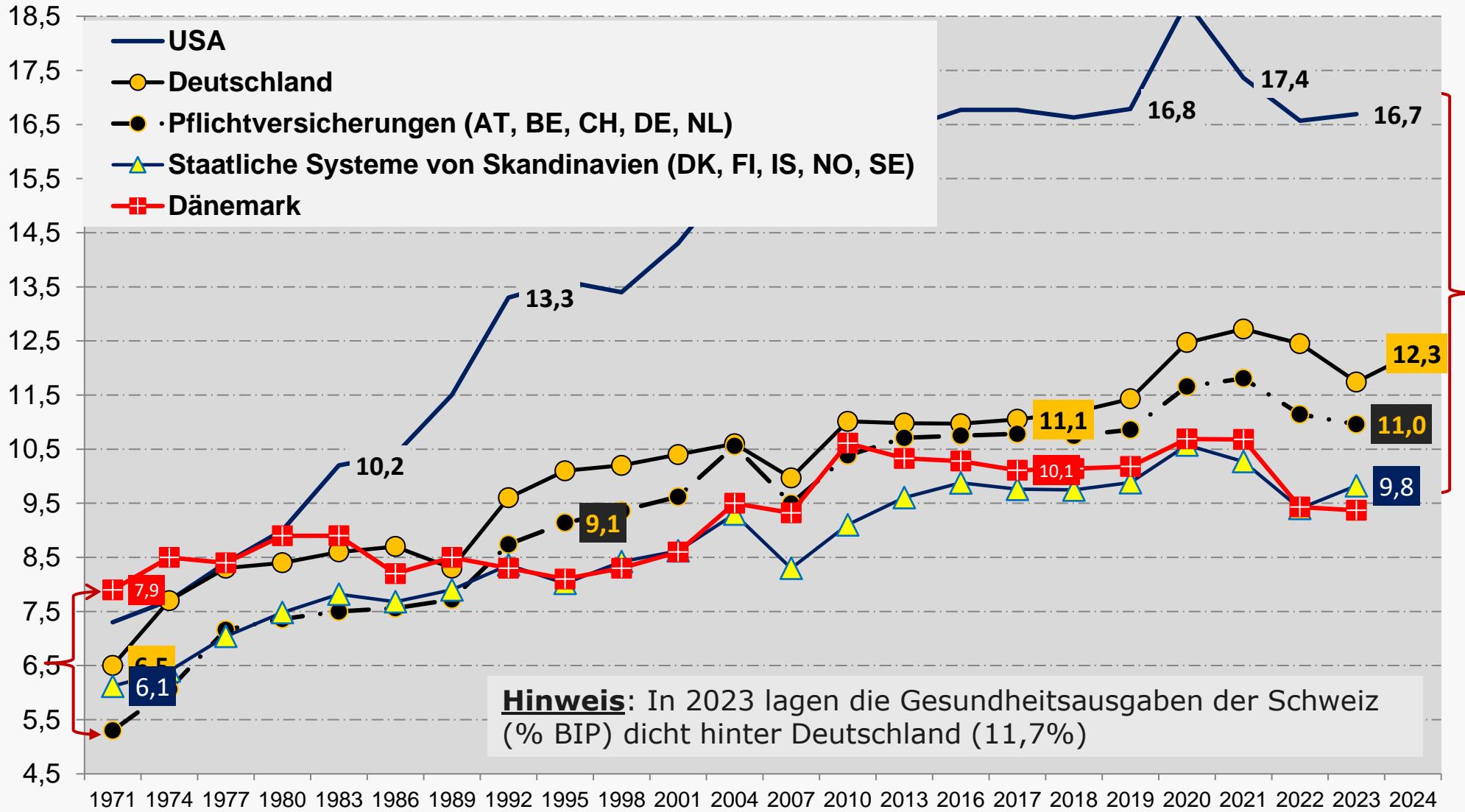
Die Realität ist eine andere

Das Deutsche Gesundheitssystem wird von der OECD kritisch bewertet.

- “Service provision in Germany is **highly fragmented and uncoordinated**. Fragmentation exists between primary and specialist care because of **absence of a gatekeeping system** and information is often lost because there is no system of electronic health records (...). Moreover, different organisation and financing rules mean that there is a strong separation between hospitals and ambulatory care. Incentives to enhance **cross-sector collaboration remain weak**” (European Observatory on Health Systems and Policies (2019b, S. 12)



Zweitteuerstes Gesundheitssystem nach den USA, teuerstes System in Europa (laufende GS-Ausgaben in % des BIP)



Hinweis:

Die UK-Gesundheitsausgaben betrugen 2023 10,9% des BIP (OECD Health Data)

Hinweis: In 2023 lagen die Gesundheitsausgaben der Schweiz (% BIP) dicht hinter Deutschland (11,7%)

Quellen: 1) OECD, Health Data (Zugriff in 9-25); 2) Eurostat: Gesundheitsausgaben nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hf]; Update vom 20.08.2025; eigene Auswertung

Kaufkraftbereinigte Ausgaben pro Einwohner in 2022/23 –

Gesetzliche Kassen stehen massiv unter Druck

Ausgaben insgesamt, für private Pflichtversicherungen und für Selbstzahlungen in 2022/23: (KKS je Einwohner)			
	Laufende Ausgaben insgesamt (2022)	Dar. Private-Pflicht-versicherung	Dar. Selbst-zahlungen
Schweiz	5.689	2.293	1.228
Deutschland	5.431	378	598
Norwegen	5.357	0	754
Österreich	4.834	0	807
Niederlande	4.583	2.366	459
Schweden	4.380	0	607
Belgien	4.335	2	983
Frankreich	4.199	266	375
Dänemark	4.163	0	569
Finnland	3.619	10	583

Quelle: Eurostat, Gesundheitsausgaben nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hf]; Update vom 20.08.2025

Länder ohne private Pflichtversicherung

Nordische Länder: Dänemark, Island, Norwegen, Schweden, (Finnland)

Baltische Länder: Estland, Lettland, Litauen

Südeuropäische Länder: Italien, Portugal, Spanien, Griechenland, Malta, Zypern

Mitteleuropäische Länder: Slowenien, Luxemburg

Länder mit privaten Pflichtversicherungen existieren nur in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden.

2024/25: GKV-Ausgaben sind weiter stark gestiegen

Die Leistungsausgaben der 94 gesetzlichen Kassen stiegen im 1. Halbjahr 2025 gegenüber dem 1. Halbjahr 2024 um + **acht Prozent** (+12,2 Mrd. €); die **Beitragseinnahmen** (ohne Zusatzbeiträge) aber nur **um 5,5%**. Bei den Krankenhausbehandlungen war das Plus mit 9,6 Prozent sogar noch höher (Quelle: BGM und GKV, PM vom 5.9.25).

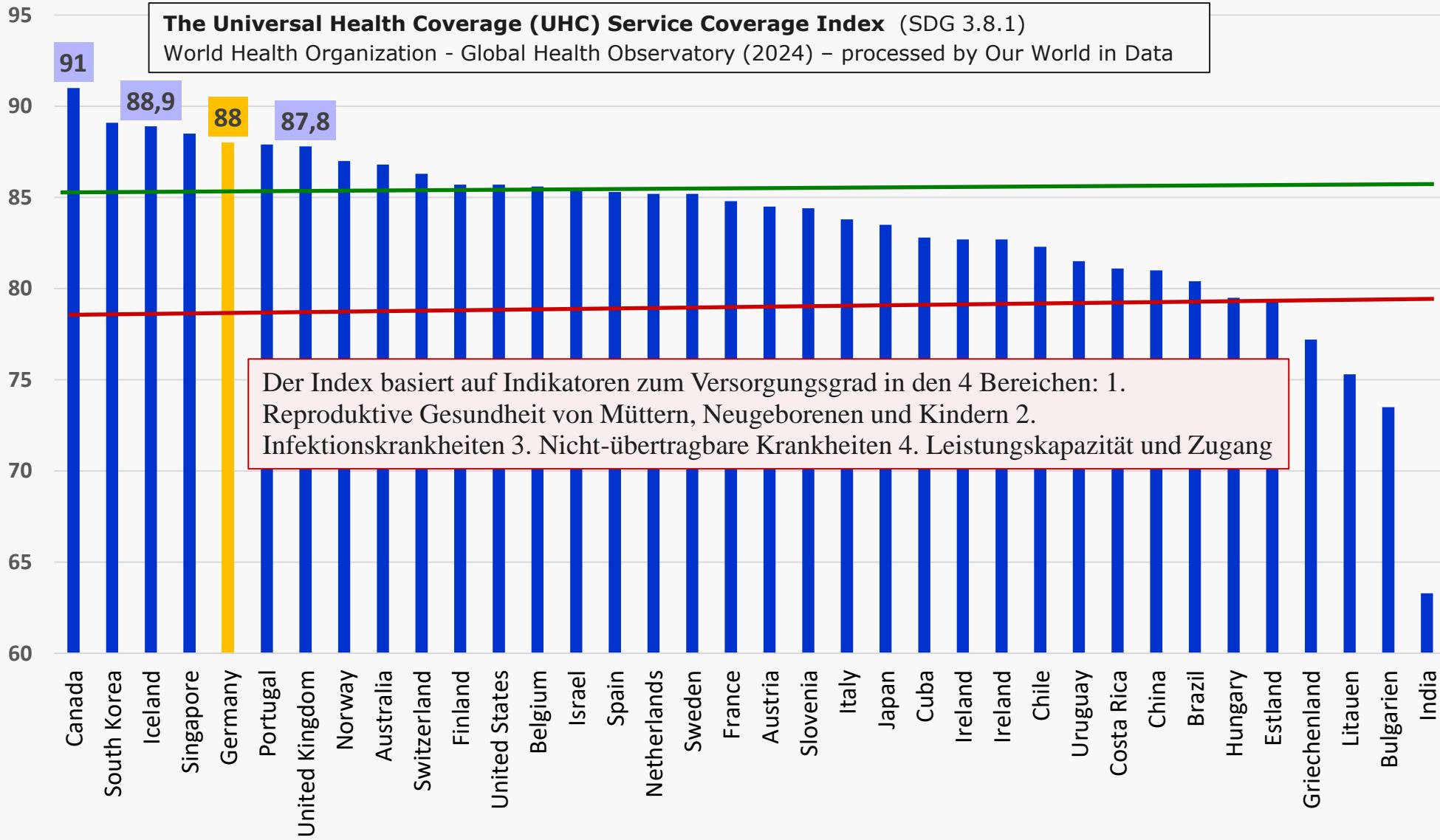
Es gibt ergo eine ungebrochene Ausgabendynamik. Die Lückenschließung erfolgt aktuell durch weiter **steigende Zusatzbeiträge** – diese lagen im Juni 2025 bei durchschnittlich **2,92%** – und als Darlehen vergebene Liquiditätshilfen des Bundes.

Die Kassen fordern ein Ausgabenmoratorium und Strukturreformen. **BGMin Nina Warken**: „**Wir brauchen kurzfristige Maßnahmen und langfristig wirkende Strukturreformen.**“ Sie verweist auf die Einsetzung einer Expertenkommission, die im Frühjahr 2026 erste Vorschläge zur Stabilisierung der Beitragssätze vorlegen soll.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/finanzentwicklung-der-gkv-im-1-halbjahr-2025-pm-05-09-2025.html>

Die Stärke des deutschen Systems: Guter Zugang zu fundamentalen Gesundheitsdiensten

(Daten für 2021)



Laut Mikrozensus 2019 leben in Deutschland rd. 61.000 Menschen ohne Krankenversicherung. Die tatsächliche Zahl dürfte vielfach so hoch sein. Im Notfall haben auch die Unversicherten einen Versorgungsanspruch. Ansonsten jedoch sind sie auf parallele, ehrenamtlich getragene Strukturen angewiesen, die sich über Spenden finanzieren.

ABER: Bei der Entwicklung der Lebenserwartung liegt Deutschland zurück

Dr. Heintze

Lebenserwartung ab Geburt			
	2023	Zunahme 1985 - 2005	Zunahme 2005 - 2023
Schweiz	84,2	4,5	2,7
Spanien	84,0	3,9	3,7
Italien	83,8	5,3	2,9
Schweden	83,4	3,9	2,7
Frankreich	83,1		2,8
Norwegen	83,1	4,3	2,8
Belgien	82,5	4,5	3,4
Portugal	82,4	5,2	4,2
Niederlande	82,0	3,1	2,4
Slowenien	82,0	5,6	4,5
Dänemark	81,9	3,8	3,6
Finnland	81,7	4,6	2,6
Österreich	81,6	5,4	2,1
Deutschland	81,2	4,3	1,8
Bulgarien	75,8	1,4	3,3

Quelle:

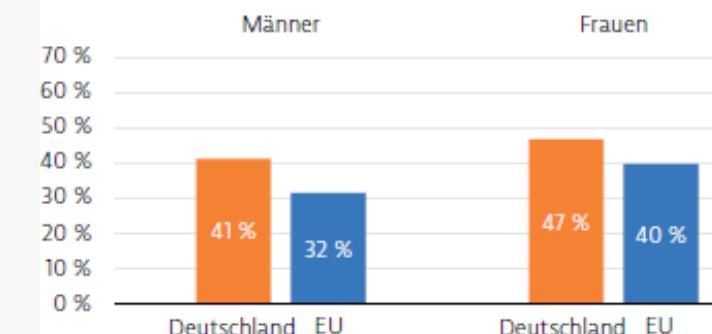
Eurostat, Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht [demo_mlexpec]; Update 6.9.24

Hinweis:

Für das Zurückbleiben bei der Lebenserwartung gibt es einen Strauß von Gründen. Einige betreffen die Krankenhausversorgung, z.B. bei Herzinfarkten, Schlaganfällen und den Todesfällen aufgrund schlechter Verpflegung

Herzinfarkte (Schlaganfälle): 2021 starben von 100 Patienten binnen 30 Tagen:

Deutschland:	8,6	(6,6)
Dänemark:	4,8	(4,9)
Schweden:	3,6	(5,5)
Niederlande:	2,9	(4,9)
Norwegen:	2,6	(3,1)
Island:	1,7	(3,1)

Anteil der Menschen ab 65 Jahren mit mehreren chronischen Krankheiten

Gründe (u.a.): keine integrierte Versorgung, extreme Arztzentrierung

Quelle: Eurostat, Daten für 2020

Und die Qualität der Gesundheitsversorgung ist im Vergleich nur durchschnittlich

Table 1.5. Dashboard on quality of care, 2021 (unless indicated)

	Safe primary care		Effective primary care		Effective preventive care		Effective secondary care		
	Antibiotics prescribed (defined daily dose per 1 000 people)	Avoidable hospital admissions (per 100 000 people, age-sex standardised)			Mammography screening within the past 2 years (% women aged 50-69)	AMI	Stroke	30-day mortality following AMI or stroke (per 100 admissions aged 45 years and over, age-sex standardised)	
OECD	13.1	+	463	+	55.1	-	6.8	7.8	+
Australia	16.8	-	654	+	47.1	-	3.3 ¹	4.8	+
Austria	7.2	+	483	+	40.1	N/A	5.8	6.6	+
Belgium	16.0	+	633 ²	-	56.1 ¹	-	4.3	8.2	+
Denmark	12.6	+	538	+	83.0	=	4.8	4.9	+
Estonia	8.7	+	354	+	58.7	+	11.3	9.0	-
Finland	9.4	+	490	+	82.2	-	7.3	9.1	+
France	19.3	+	601 ⁴	+	46.9	-	5.5 ²	7.3 ⁴	+
Germany	8.1	+	728	+	47.5	-	8.6	6.6	+
Iceland	15.7	+	308	+	54.0	-	1.7	3.1	+
Ireland	16.3	+	498	+	62.4	-	5.4	6.3	+
Israel	14.4	+	440	+	71.9	+	5.2	5.4	+
Italy	15.9	+	214	+	55.9	-	5.3 ²	6.6 ⁴	+
Japan	12.2 ²	+	N/A	N/A	44.6 ²	+	8.3 ¹	2.9	+
Netherlands	7.6	+	318	+	72.7	-	2.9	4.9	+
New Zealand	N/A	N/A	N/A	N/A	63.3	-	4.1	5.9	+
Norway	12.8	+	477	+	65.5	-	2.6	3.1	+
Poland	18.8	-	663	+	33.2	N/A	5.2	11.8 ³	+
Portugal	13.7	+	266	N/A	80.2 ²	-	8.0	10.4	+
Slovak Republic	14.5	+	615	+	25.5	-	7.4	9.9	+
Slovenia	8.7	+	367	+	77.2	+	5.1	12.1	+
Spain	18.4	-	356	+	73.8 ¹	-	6.5	9.4	+
Sweden	8.6	+	361	+	80.0	N/A	3.6	5.5	+
Switzerland	N/A	N/A	424	-	49 ³	+	5.1 ⁴	5.6 ⁴	+

In Europa schneiden folgende Länder besser ab als der OECD-Durchschnitt mit auch einem positiven Trend (+):

1. Österreich
2. Dänemark
3. Finnland
4. Italien
5. Niederlande
6. Portugal
7. Slowenien
8. Schweden



Quelle:
OECD 2023: Health at a Glance, S. 27

Das schlechte Abschneiden verweist auf qualitative Mängel in der Langzeitpflege und Primärversorgung (Einzelarztpraxen und MVZ).

(1) Vermeidbare reguläre Krankenhausbehandlungen von Pflegebedürftigen

- Studie der Universität Witten/Herdecke mit Projektpartnern aus 2021 zur Thematik der Pflegesensitiven Krankenhausbehandlungen (PSK). **Ergebnis:** Bei guter pflegerischer Versorgung ließen sich 35% der Krankenhouseinweisungen vermeiden (Valk-Draad et al. 2023).
- Barmer Pflegereport 2023: Ein Viertel = bis zu 1,3 Mio. Krankenhausaufenthalte wären bei besserer Versorgung vermeidbar.

(2) Vermeidbare Notfalleinweisungen stationär versorger Pflegebedürftiger

- GKV-Studie „Notfalleinweisungen minimieren. Studie zu Umfang und Notwendigkeit von Notfalleinweisungen alter und hochaltriger Menschen aus stationären Pflegeeinrichtungen (NoMi)“: https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/28/meldungen/28_notfalleinweisungen/28_notfalleinweisungen.html; 11.01.25). **Hauptbefund:** Pflegeheime greifen zwecks Verschiebung der Verantwortung schnell zum Mittel der Notfalleinweisung, wenn Heimbewohner*innen eine Krise erleben. Bei ungefähr der Hälfte der untersuchten Fälle war die Einweisung medizinisch nicht indiziert; die Heimbewohner*innen konnten das Krankenhaus binnen eines Tages wieder verlassen.

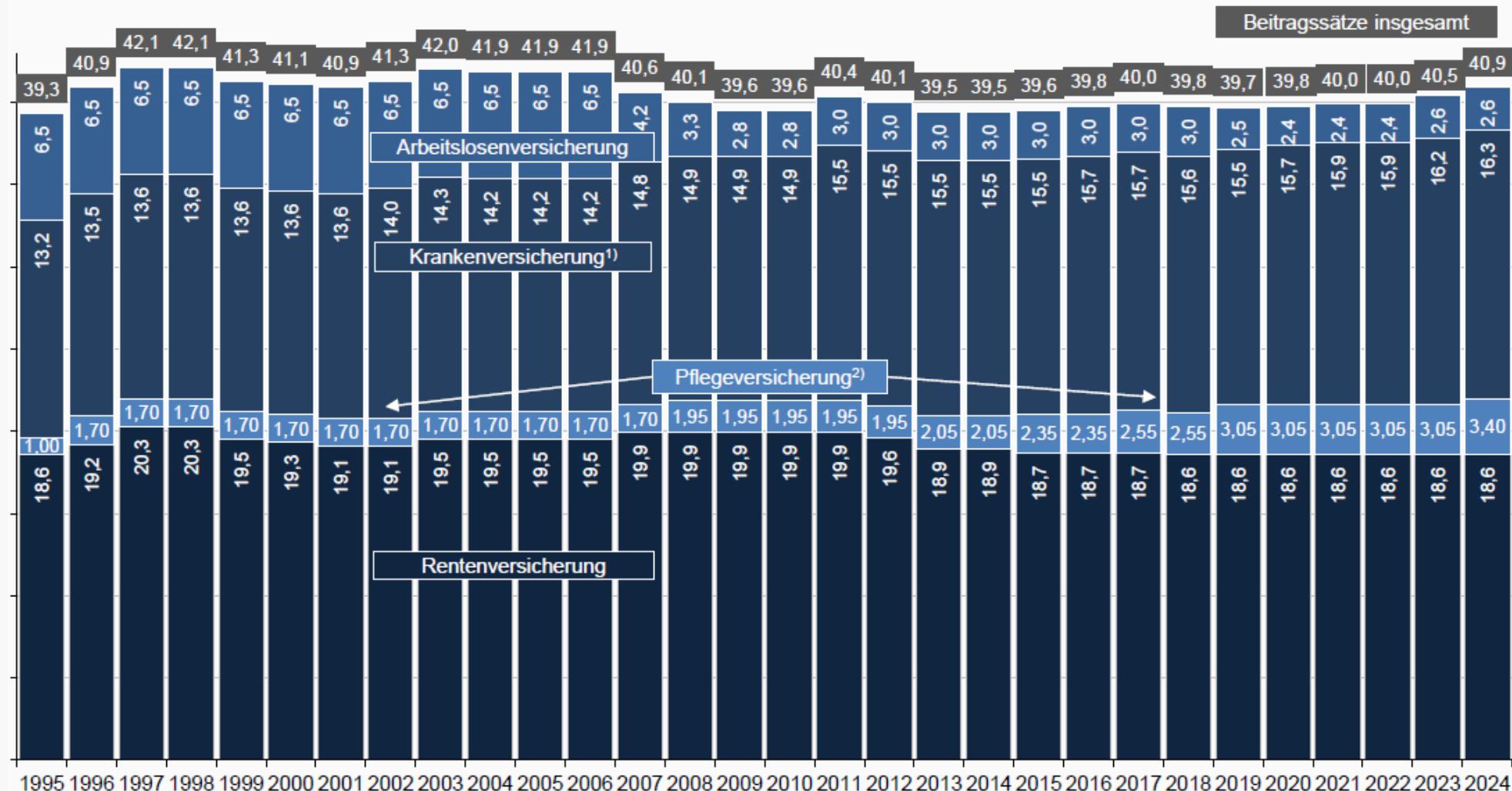
Schlussfolgerungen:

- 1) **Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege müssen integriert und ganzheitlich gedacht, gesteuert und organisiert werden.** Dies ist im hyperkomplex-fragmentierten deutschen Gesundheitssystem kaum möglich. Auf die Agenda gehört die Versäulung über 5 Sozialversicherungszweige mit 11 Sozialgesetzbüchern. **Keine Partei hat dies im Programm!!!!**
- 2) **Die Pflege muss grundständisch so akademisiert werden**, dass mindestens 20 Prozent der Pflege-Fachkräfte auf Augenhöhe mit der Medizin agieren **können und dürfen**. **Vorbild könnte Österreich** sein, wo die Ausbildung der nichtärztlichen Fachkräfte seit 2016 sukzessive akademisiert wurde. Seit 1.1.2024 werden Pflegefachkräfte an 11 Fachhochschulen ausgebildet (bei Spezialisierung auf Kinderpflege oder Geriatrie dauert das Studium 5 Jahre). Die **nichtakademische Ausbildung zur Pflegefachassistentin dauert 3 Jahre** und entspricht damit dem Niveau der Fachkräfteausbildung in Deutschland. **Hinweis:** Deutschland plant eine bundeseinheitliche Pflegeassistenzausbildung mit einer Dauer von nur 18 Monaten.

Literaturhinweise: 1) Barmer Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus, (Autoren: Rothgang, H./Müller, R.), Berlin; 2) Valk-Draad, M. P. et al. (2023): Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle und Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. Bundesgesundheitsbl 66, 199–211: <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03654-4>

Beitragssatzentwicklung: Blick auf die Sozialversicherungszweige insgesamt

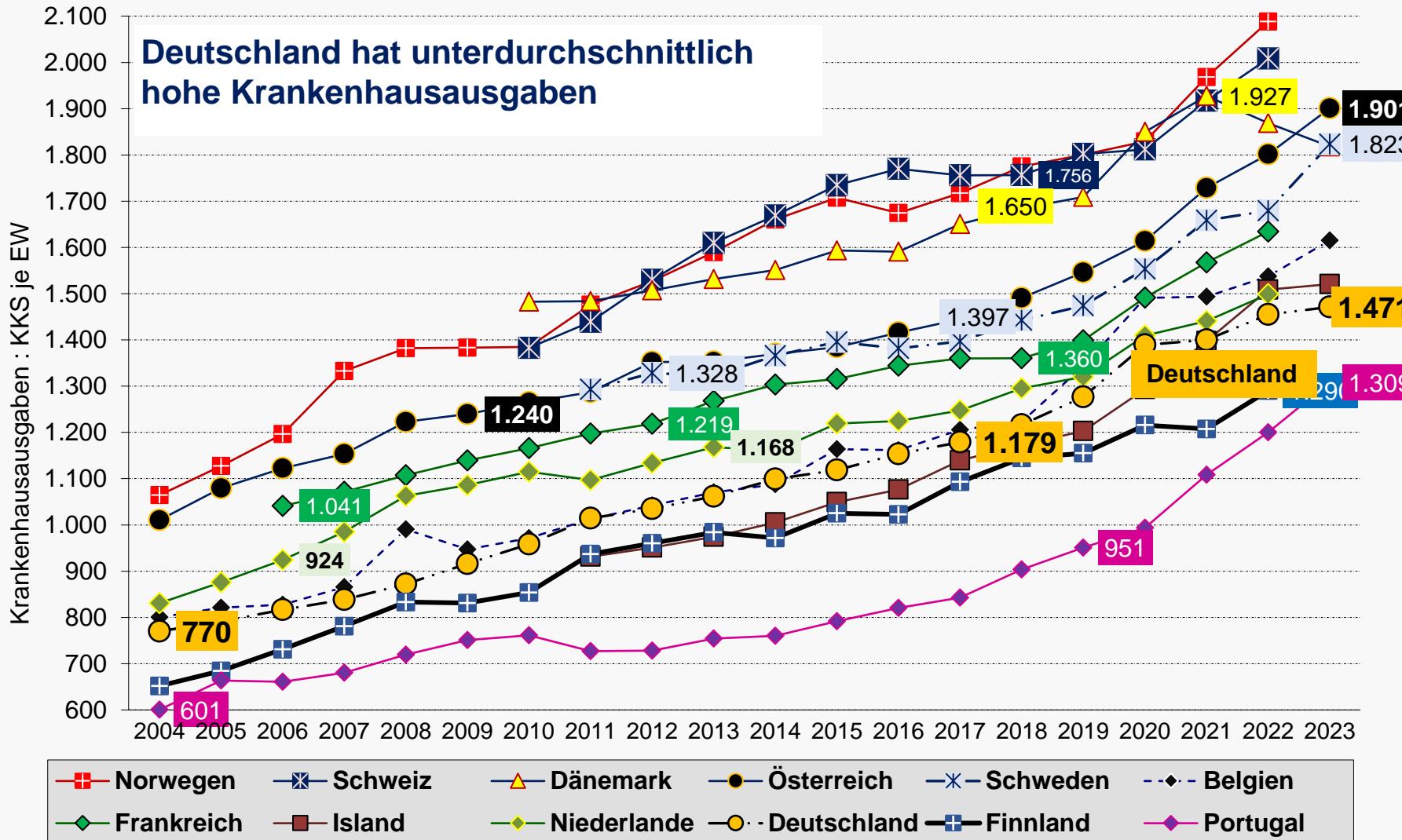
■ Beitragssätze in den Zweigen der Sozialversicherung 1995 - 2024
in % des Bruttoarbeitsentgelts



1) bis 2008: durchschnittlicher Beitragssatz; ab 2005 einschließlich Sonderbeitrag von 0,9 %, ab 2015 einschließlich durchschnittlicher Zusatzbeitrag (2024:1,7%) 2) ohne Sonderbeitrag für Kinderlose (ab 2005: 0,25%; ab 2022: 0,35%; ab 2023: 0,6%)

KH-Ausgaben (KKS je EW) liegen nur im Mittelfeld – trotz der Bettenüberkapazität

Dr. Heintze



Quelle: Eurostat, Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern [hlth_sha11_hp]; Update vom 21.08.2025

BGM zum Erfordernis der KH-Reform

„Deutschland hat mit ca. 1700 Krankenhäusern die höchste Krankhaus- und Bettendichte in Europa. Bis auf Österreich gibt kein Land in Europa pro Kopf mehr für Krankenhäuser aus als Deutschland“

Beide Behauptungen stimmen nicht. Bei der KH- und Bettendichte liegt DE im Spitzensfeld; bei den KH-Ausgaben im unteren Mittelfeld.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform/faq-krankenhausreform.html>

14.12.2024

Ignorierte Erklärungsfaktoren der übermäßigen Ausgabenentwicklung

1) Ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Medizinische Versorgungszentren ist **viel teurer** als die Primärversorgung in den Niederlanden oder Skandinavien. Integrierte Versorgung mit Aufwertung der Pflege steigert dort die Qualität und die Kosteneffizienz.

Nirgends (EU, OECD) **sind die Arzteinkünfte so hoch und so ungleich verteilt wie in Deutschland**

➤ Ergebnis der letzten Destatis-Kostenstrukturerhebung

Mittleres Brutto-Jahresgehalt (Reinertrag): ca. **296.000 €**

Dabei extreme Spannweite zwischen und innerhalb der gleichen Facharztgruppen.

➤ **Internationaler Vergleich:**

In DE liegt das Ärzte-Einkommen beim mehr als **Fünffachen** des durchschnittlichen Einkommens. In der OECD ist dies der höchste Wert (OECD HaG 2024, S. 191). In Ländern mit staatlichem System, ebenso in den Niederlanden liegen die Werte beim 2 bis 3-Fachen (UK: 3-Faches), in Österreich beim 3 bis 4,5Fachen.

Quelle: OECD Health Statistics 2024, S. 191

2) Pharmaindustrie Deutschland leistet sich pro Einwohner die europaweit höchsten Arzneimittelausgaben

	Ausgaben für Arzneimittel + medizinische Verbrauchsgüter			Zunahme 2010 - 2022
	2011	2019	2022	
Deutschland	496	624	721	45%
Schweiz	486	585	669	47%
Frankreich	473	494	556	17%
Österreich	406	469	559	41%
Belgien	419	434	472	15%
Finnland	341	384	404	19%
Schweden	355	368	416	17%
Norwegen	302	321	354	27%
Niederlande	324	292	315	-2%
Dänemark	249	249	267	4%

Eurostat, Gesundheitsausgaben nach Funktionen [HLTH_SHA11_HC], Update 27.03.25

Ignorierte Erklärungsfaktoren der übermäßigen Ausgabenentwicklung

3) Das stark gegliederte Gesundheitssystem bedingt hohe Verwaltungskosten (2022/23).

Die meisten staatlichen Gesundheitssysteme haben geringe Verwaltungskosten:

Finnland **29 KKS/EW;**

Schweden 58 KKS/EW;

Italien 58 KKS/EW;

Norwegen 95 KKS/EW.

Pflichtversicherungssysteme haben weit höhere Verwaltungskosten

Belgien 163 KKS/EW;

Niederlande 191 KKS/EW;

Schweiz 259 KKS/EW;

Deutschland **268 KKS/EW.**

Quelle: Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern
[hlth_sha11_hp]

4) Vermarktlichung und Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung treiben die Kosten ohne einen Mehrwert für die Bevölkerung

- Zu wenig integrierte Versorgung
- Zu viele medizinisch kontraindizierte, aber lukrativ vergütete Eingriffe
- Renditegetriebene Mittelabschöpfung
- Ausweitung Individuelle Gesundheitsleistungen (Igel): Für Ärzte Zusatzeinnahmen, für Patienten nutzlos bis schädlich

Beispiele:

1. Auf 100.000 EW gibt es **mehr operative Eingriffe** als in vergleichbaren Ländern (z.B. Hüftgelenk: DE 326 gegen 211 in Italien bis 283 in Dänemark)
2. **Private Equity Investoren** kaufen Arztpraxen und MVZ dort, wo die Renditeerwartungen hoch sind und fügen sie zu Ketten, um den Markt zu beherrschen. Die Zahl der Aufkäufe wächst (2011: 81; 2021: 140). Die Über- und Fehlversorgung wächst so.
3. **Höheres Honoraraufkommen** bei im Eigentum von Finanzinvestoren befindlichen Praxen (**+8,3%** nach IGES-Institut Berlin)

Was an kurzfristigen und strukturellen Maßnahmen zur Kostendämpfung nötig wäre

Dr. Heintze

Kurzfristig im Minimum

- Zwangsrabatte für Arzneimittel
- Ausgabendeckel für die Honorare der niedergelassenen Ärzt*innen
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf das Niveau der Rentenversicherung (1.1.25: GKV 5.512,50 €; DRV: 8.050 €); Geplant ist nur eine Anhebung auf 5.812,50 €)
- Anhebung der Versicherungspflichtgrenze von 6.150 €/mtl. auf ca. 9.000 €
- Erhöhung der steuerfinanzierten Bundesmittel für Bürgergeldempfänger*innen (Anpassung an die tatsächlichen Kosten)
- Verpflichtung der privaten Kassen zu Einzahlungen in den Ausgleichsfonds

Planung und Steuerung ist in Österreich bei der GÖG angesiedelt. Die Bundesplanung wird ergänzt und konkretisiert durch Landesplanungen. <https://goeg.at/OESG>

Strukturell (u.a.)

- Umwandlung der privaten Vollversicherung in eine Zusatzversicherung
- Abbau der Fragmentierung (Wirrwarr an unkoordinierten Zuständigkeiten). Dafür öffentliche Planung nach österreichischem Vorbild
- Bindung öffentlicher Refinanzierungen an Gemeinnützigkeits-kriterien bei Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungs-zentren (MVZ) und Pflegeheimen (Vorbild: Niederlande oder Österreich/Burgenland).
- Verbesserung der pflegerischen Versorgung in Krankenhäusern
- Verbot des Kauf von Arztpraxen und MZV durch Private Equity Investoren
- Förderung Primärversorgungszentren in öffentlicher und gemeinwohlorientierter Trägerschaft
- Grundständische Akademisierung aller Gesundheitsfachberufe nach österreichischem Vorbild mit erweitertem Kompetenzrahmen (Pflegegeführte Chronikerzentren nach skandinavischem Vorbild, Community Nursing usw.) und einem zentralen Beruferegister
- Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Übernahme gewisser Versorgungsaufgaben (z.B. für Menschen ohne Versicherungsschutz und im Katastrophenfall)

Die Maßnahmen würden das System mittelfristig effizienter und effektiver machen. Die Einsparungen könnten in Maßnahmen der Qualitätshebung investiert werden (z.B. frisch gekochtes Krankenhausessen usw.)

3

Viele Kliniken sind insolvenzgefährdet; 75% der KH im Defizit (2024); 2023: 40 Kliniken melden Insolvenz an (Quelle: DKG + Roland Berger)

Hintergrund

Seit 2017 liegt das kumulierte Jahresergebnis aller Kliniken im negativen Bereich; öffentliche Häuser sind besonders betroffen (2024: 90%)

Pandemiejahr 2020: Fallpauschalenregime versagt; Staat sicherte die Liquidität der Kliniken

2021: kumuliertes Jahresdefizit liegt bei > - **3 Mrd. €**

2022: - **8 Mrd. €**

2023: - **10 Mrd. €**

**Das Kliniksterben ist politisch gewollt
(Marktbereinigung!!!)**

<https://www.kliniksterben.de/friedhof/2025/08/>

Kliniken nahe am Kollaps, Fehlsteuerung durch Fallpauschalen

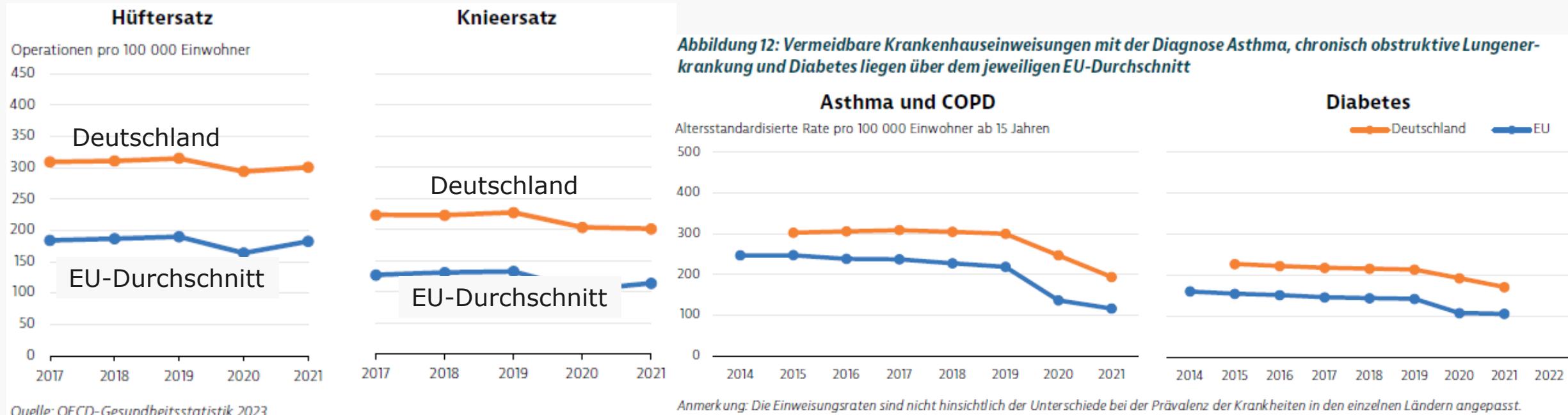
- **Blick zurück:** Fallpauschalen als Kernbestand einer Marktstrategie
 - Die Versprechen bei Einführung (Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven; Höhere Qualität der Versorgung; Beförderung von Innovationen)
- **Die Ergebnisse:** DRG-Regime liefert Fehlanreize; es belohnt kommerzielle Geschäftsmodelle
 - Deutschland liegt bei Privatisierung und Kommerzialisierung ganz vorn
- **Die Krankenhausreform:** Ziele, Eckpunkte, Kritik, Stand der Umsetzung

Vermarktlichung des Krankenhaussektors: Die Phasen

Dr. Heintze

- **1992/1993:** "Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung" v. 29.12.1992
 - **Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips** schuf die Voraussetzung für Gewinnerwirtschaftung
- **Die Versprechen:** Steigerung der Kosteneffizienz, mehr Qualität, mehr Transparenz
- **Verdeckte Agenda:** Krankenhäusern sollen in einen **Verdrängungswettbewerb gezwungen** werden. **Wer sich dem auf Erlös gerichtete ökonomische Geist nicht unterwirft, bleibt auf der Strecke.** KH-Privatisierungen sind politisch erwünscht
- **1996: Abschaffung der Pflege-Personal-VO von 1993** macht den Weg frei für Kosteneinsparungen zu Lasten der Pflege (VO sei wettbewerbsfeindlich)
- **Bis 2004: Zementierung** des Entgeltsystem der DRG-Pauschalen (DRG = Diagnosis Related Group)
 - **Einschlägiges Gesetz:** Krankenhausfinanzierungs- und Krankenhausentgeltgesetz vom 23.4.2002
- **Das Versprechen:** Preistransparenz, Steigerung der Kosteneffizienz
- **Funktion: Entscheidender Hebel** für die **Durchsetzung der Logik von Markt und Wettbewerb**. 2019 enthielt der DRG-Katalog 1.318 DRG's mit rd. 40.000 Prozeduren. Der neue Beruf der Kodierer stellt die Kombinationen zusammen, die den höchsten Erlös bringen.
- **Eine Folge: Niedergang der Krankenhauspflege gefährdet die Patientensicherheit**
- **Ab 2015:** Regierung startet mit kurzatmigen Reparaturmaßnahmen. An der Legende vom Erfolg der Fallpauschalen und der überragenden Qualität des deutschen Gesundheitssystems wird festgehalten
- **Ab 2021:** Dass die Fallpauschalen Fehlanreize (Über-, Unter- und Fehlversorgung) beinhalten, wird eingeräumt. Krankenhausreform wird zwischen Bund + Ländern verhandelt.
- **17.10.24:** Bundestag beschließt das **Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz** (KVVG); Länder verzichten (Nov. 2024) auf die Anrufung des Vermittlungsausschusses. Angeblich werden zukünftig nur noch 40% der KH-Finanzierung über Fallpauschalen gedeckt. **Tatsächlich werden sich auch die Vorhaltepauschalen nach den Fallzahlen richten.**

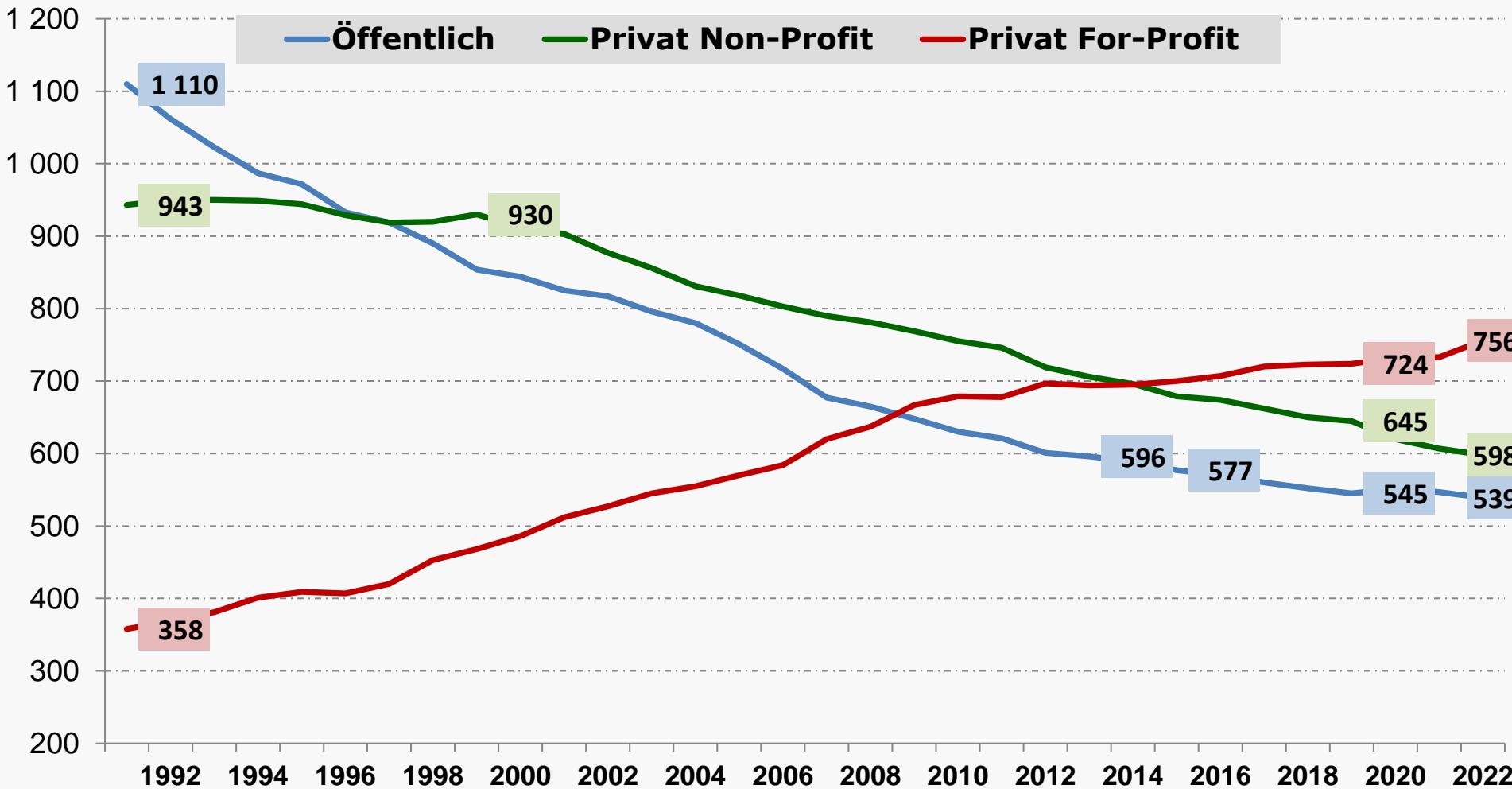
Die Fallpauschalen begünstigen Mengenausweitungen bei lukrativ vergüteten Leistungen (OP's, künstliche Beatmung etc.); die Primärversorgung ist nicht integrativ



Quelle: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023): State of Health in die EU. Deutschland – Länderprofil Gesundheit 2023; Brüssel, S. 17

Deutschland ist Europameister bei der Privatisierung von Krankenhäusern – Kommerzialisierungstrend ist ungebrochen

Dr. Heintze



Rd. **ein Drittel aller Krankenhausbetten befindet sich zwischenzeitlich im Eigentum privater For-Profit-Akteure.** Dies ist nach Italien und vor Frankreich der höchste Anteil. In Österreich ist der Anteil halb so hoch. In den skandinavischen Ländern dominiert das öffentliche Eigentum mit Anteilen von mehr als 90% (DK 93,3%; FI 96%)

Quelle: Eurostat, Krankenhausbetten nach Trägerschaft [hlth_rs_bds2]; Update 3.9.24

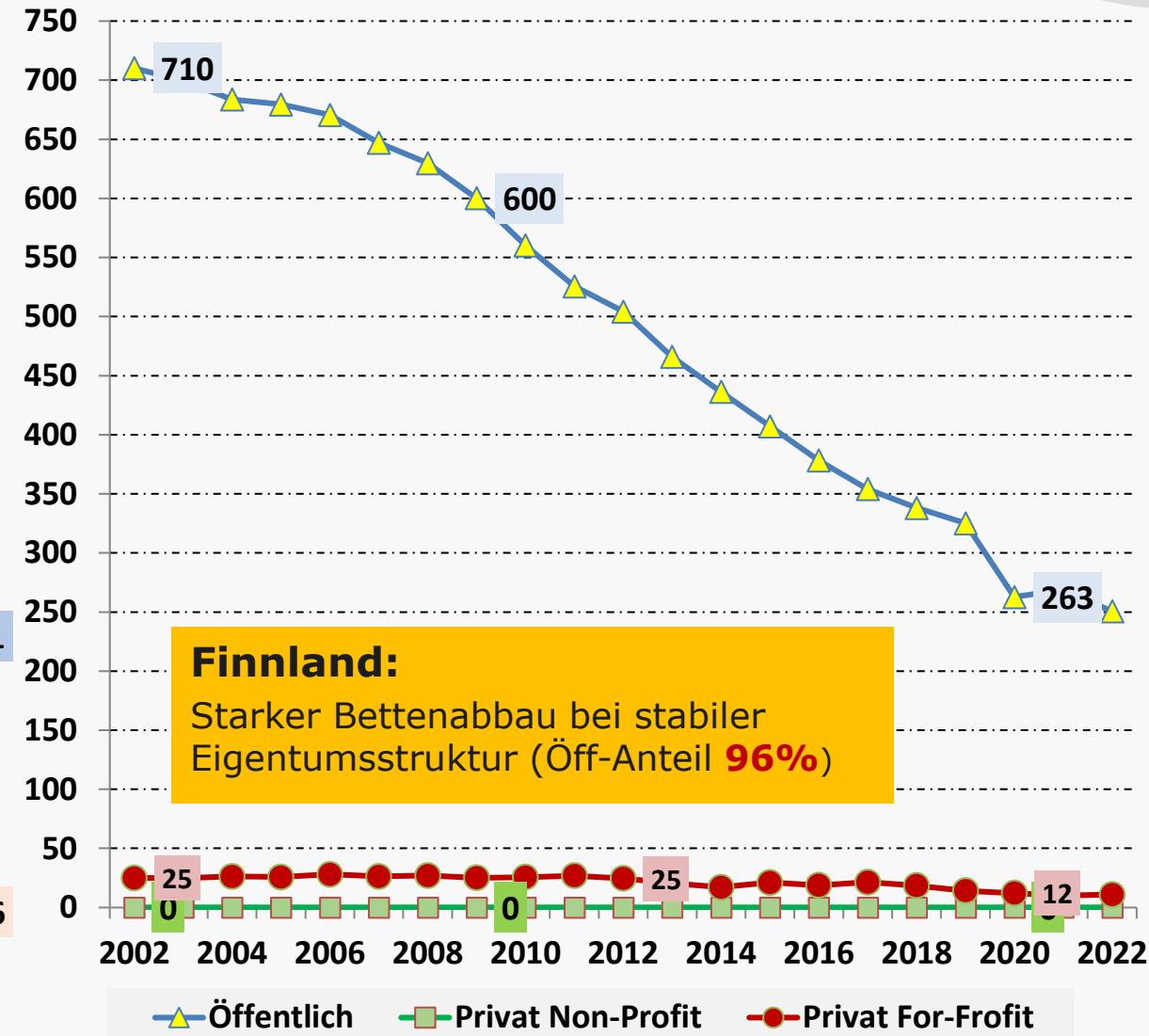
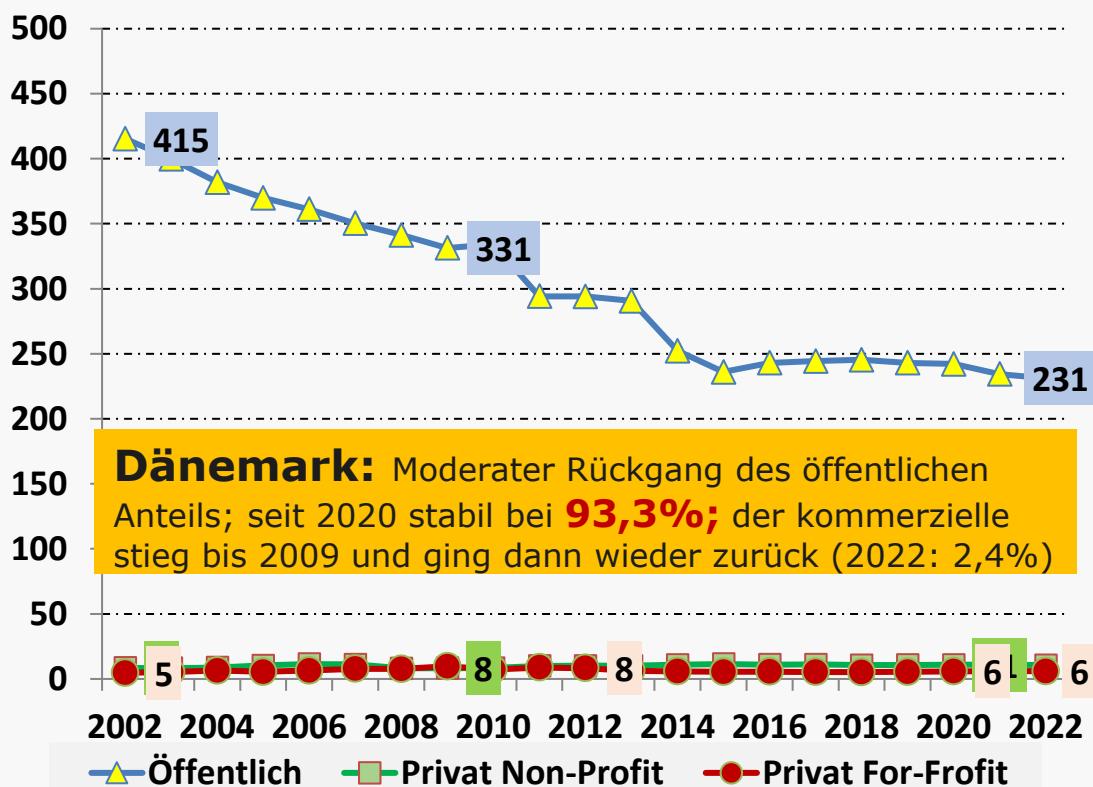
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Tabelle: „Krankenhäuser (Anzahl und je 100.000 Einwohner) sowie Aufenthalte (Fallzahl, Berechnungs-/Belegungstage und Verweildauer)“; eigene Auswertung

Privatisierungen gibt es auch in anderen EU-Ländern, aber moderater:

KH-Betten pro 100.000 Einwohner

Dr. Heintze

In staatlichen Systemen dominiert das öffentliche Eigentum mit Anteilen von über 90%



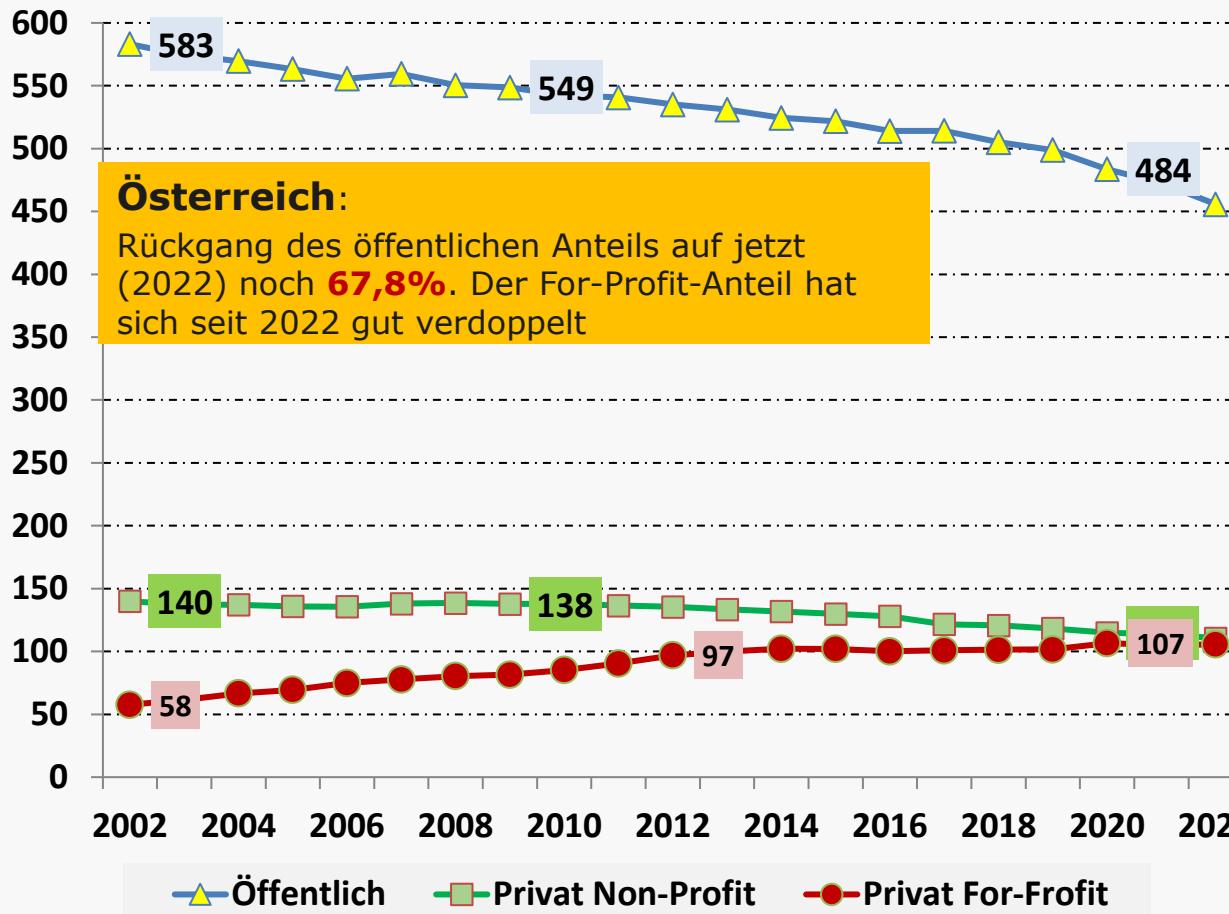
Quelle: Eurostat, Krankenhausbetten nach Trägerschaft [hlth_rs_bds2]; Update 3.9.24

Privatisierungen gibt es auch in anderen EU-Ländern, aber moderater:

KH-Betten auf 100.000 Einwohner

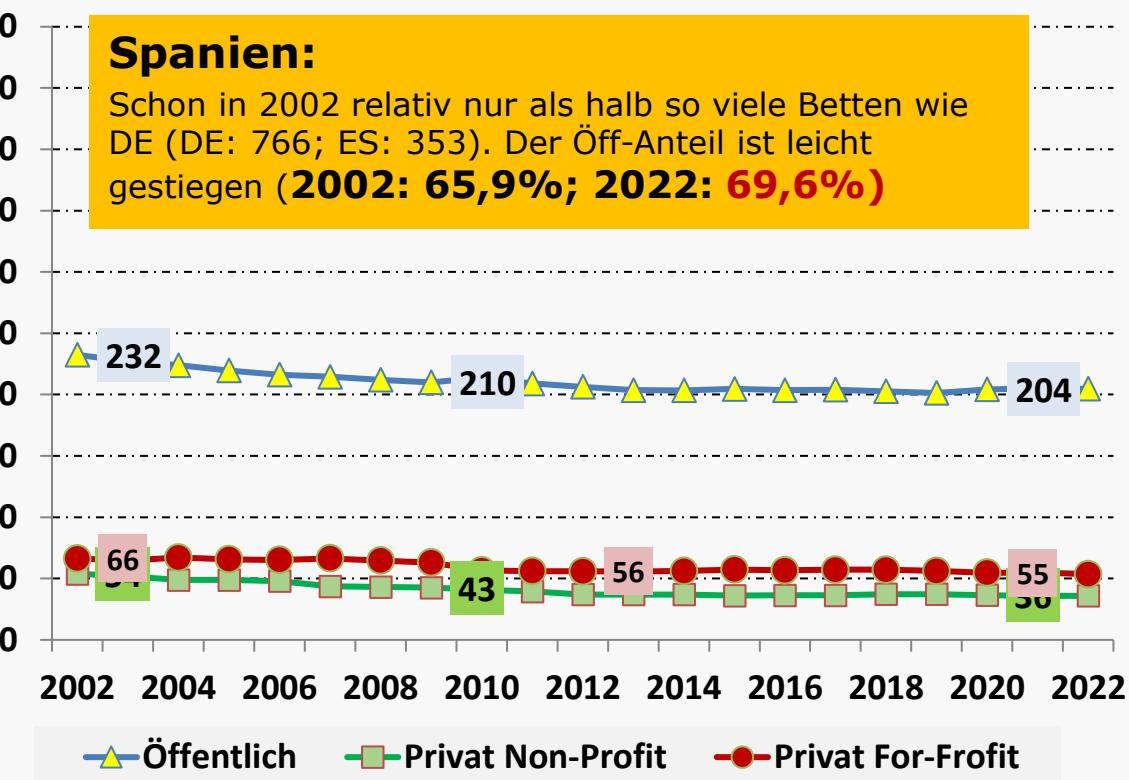
Dr. Heintze

In halbstaatlichen Systemen (IT, ES, PT) und den meisten Ländern mit Pflichtversicherungssystem existieren gemischte Trägerschaften mit Dominanz des öffentlichen Sektors. **Private For-Profit-Träger liegen bei < 20%** (DE: ein Drittel)



Spanien:

Schon in 2002 relativ nur als halb so viele Betten wie DE (DE: 766; ES: 353). Der Öff-Anteil ist leicht gestiegen (**2002: 65,9%; 2022: 69,6%**)



Quelle: Eurostat, Krankenhausbetten nach Trägerschaft [hlth_rs_bds2]; Update 3.9.24

Krankenhausreform: Warum? Was sind die Ziele?

- **Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach am 17.10.2024 anlässlich der Verabschiedung des „Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen“ (KVVVG) im Bundestag:** https://www.youtube.com/watch?v=qg5a_93CUII

Begründung:

- Derzeit besteht aufgrund der mengenorientierten Vergütung ein ökonomischer Anreiz, bei möglichst vielen Patient*innen **Behandlungen** nicht nur aus medizinischen Gründen, sondern **aus Gründen der Erlössteigerung** durchzuführen.
- **Unter- und Fehlversorgung:** Nicht hoch vergütete, aber sinnvolle Leistungen werden nicht oder zu wenig erbracht. Wirtschaftlich lukrative Leistungen werden auch dort erbracht, wo die notwendigen Strukturen fehlen. Die Folge sind Qualitätsdefizite.
- Viele Krankenhäuser erbringen Leistungen, für die sie weder zureichend ausgestattet noch qualifiziert sind. Es fehlt an Spezialisierungen
- **Verschärfend wirkt** die seit mehr als 20 Jahren **unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder**. Kompensatorisch mussten diese durch die Heranziehung von Behandlungserlösen finanziert werden.

Fazit: Unter den gegebenen Bedingungen könne die Versorgung daher nicht mehr qualitativ, flächendeckend und bedarfsgerecht sichergestellt werden

Zentrale Ziele

- (1) Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität durch Zentralisierung und Spezialisierung
- (2) Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung
- (3) Effizienzsteigerung der Krankenhausversorgung
- (4) Entbürokratisierung

Maßnahmen zur Zielerreichung:

- ▶ **Modifikation der Fallpauschalen** durch Vorhaltepauschalen. Die **Vorhaltepauschalen sind an Fallzahlen und Qualitätsstandards gebunden**: Krankenhäuser erhalten sie für die Leistungsgruppen, die ihnen durch die Länder zugewiesen wurden, sofern sie Mindeststandard hinsichtlich Mengen und Qualität erfüllen. Die Länder definieren also, welche Leistungen in welchen Fachgebieten durch ein Plankrankenhaus erbracht werden.
- ▶ Für **Sicherstellungshäuser im ländlichen Raum** sind Ausnahmen von den Mindestvorhaltezahlen pro Leistungsgruppe möglich (Sockelfinanzierung). Bundesland muss dies gegenüber den Kassen und dem Institut für das Entgeltsystem erstmalig spätestens bis zum 31.10.26 erklären.
- ▶ Das **Spektrum der medizinischen Leistungen von Krankenhäusern** soll in einem ersten Schritt in **65 Leistungsgruppen** abgebildet werden. Sie sind in Anlage 1 des beschlossenen Gesetzes (BT-Drs. 20/13407, S. 152ff.) näher erfasst.
- ▶ **Zwei-jährige-Übergangszeit bis die Reform ab 2027 greift**. Eine Brückenfinanzierung, um den derzeit defizitären Kliniken über die Zeit hinwegzuhelfen, gibt es nicht.
- ▶ **Förderung des Umbaus von Standorten**: Für die Förderung von Umbaumaßnahmen, z.B. die Förderung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (Gesundheitszentren oder Tageskliniken), wird ein auf 10 Jahre (2026 – 2035) angelegter Transformationsfonds mit einem Volumen von 50 Mrd. € geschaffen. Der Transformationsfonds dient ausschließlich dem Umbau der Kliniklandschaft. **Die Förderung des Erhalts bestehender Strukturen ist ausgeschlossen**; dies liegt in der Finanzierungsverantwortung der Länder.
- ▶ **Finanzierung des Transformationsfonds**: Ursprünglich sollte er je zu 50% von Bund und Ländern finanziert werden. Da dem Bund u.a. wg. der Schuldenbremse die Finanzmittel fehlten, wollte er sich bei den Gesetzlichen Kassen bedienen. (Griff in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, obwohl diese wenig mehr als die gesetzliche Mindestreserve von 4,7 Mrd. € vorhielt). GKV-Unterfinanzierung bei gleichzeitiger Schonung der Privaten Krankenversicherungen wäre die Folge gewesen.

Experantenhörung am 25. September 2024

Dr. Heintze

Bei der Anhörung im Gesundheitsausschusses wurde die Notwendigkeit einer Reform allgemein anerkannt, die vorliegende Reform aber kritisiert:

(1) Gemeinsame Stellungnahme von Allianz kommunaler Großkrankenhäuser (AKG), Deutscher Evangelische Krankenhausverband, AOK, DAK und Deutscher Krebsgesellschaft:

Zur Schaffung einer zukunftsfähigen Krankenhausstruktur bedürfe es einer fallzahlunabhängigen und bedarfsorientiert ausgestalteten Vorhaltefinanzierung. Mit der geplanten jährlichen Anpassung der Vorhaltefinanzierung auf Basis der Ist-Fallzahlen werde keine wesentliche Änderung zum bestehenden System geschaffen, Mengenanreize blieben bestehen. Außerdem wird die hohe Anzahl von Leistungsgruppen als sehr komplex bewertet.

(2) Nach Ansicht der Initiative „Krankenhaus statt Fabrik“, zu der auch die Gewerkschaft Verdi gehört, ist die geplante Reform ein **Etikettenschwindel**, denn auch das Vorhaltebudget errechne sich aus Anzahl und Schwere der Behandlungsfälle und nicht aus den zur Bedarfsdeckung nötigen Vorhaltekosten. Fehlanreize würden fortgeschrieben. Die geplanten Leistungsgruppen und die Festlegung von Qualitätskriterien unterlägen einem hohen Missbrauchspotenzial.

(3) Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Zwingend notwendig sei ein Inflationsausgleich für die zurückliegenden Jahre und die vollständige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen. DKG-Vorstandschef Gerald Gaß **warnte vor einer „kalten Marktbereinigung“**

(4) Spaltenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV): Die vorgesehene hälftige Finanzierung des geplanten Transformationsfonds in Höhe von 50 Mrd. € allein durch die gesetzlichen Kassen führe zu **erheblichen Mehrausgaben zulasten der Beitragszahler**. Der Auf- und Umbau der Krankenhauslandschaft sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bund und Länder dürften ihre Finanzierungsverantwortung nicht auf die GKV abwälzen

Quelle: heute im bundestag Nr. 633

Krankenhausreform: Kritik der Opposition bei der Verabschiedung am 17.10.24 im Bundestag

1. **CDU/CSU:** „Das sogenannte Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wird die stationäre Versorgung in Deutschland nicht stabilisieren, sondern gefährden. (...) Die Vorhaltevergütung in dieser Form wird das vom Bundesgesundheitsminister **kritisierte Hamsterrad der Fallzahlanstiege** – um der Erlöse willen – nicht stoppen, **vielmehr könnte es beschleunigt werden**. Eine Entökonomisierung und eine Sicherung von kleineren Häusern, die die Grund- und Notfallversorgung in ländlichen Regionen sicherstellen müssen, wird somit nicht erreicht.“ (Dr. Stephan Pilsinger)
2. **AFD:** **Abgelehnt wird die stärkere Belastung der Beitragszahler*innen.** **Gefordert wird der Ausbau der Geburtshilfe** (Erreichbarkeit einer Geburtshilfestation binnen 40 Minuten) **und die Einrichtung von Kurzzeitpflegeplätzen** an Kliniken.
3. **Die Linke:** Da die DRG's nicht abgeschafft, sondern nur abgemildert würden, finde keine Entökonomisierung statt. Da die Vorhaltebudgets nachgelagert ausbezahlt würden, **könne der ökonomische Druck sogar noch steigen**. Bis 2026 **werde sich die kalte Strukturbereinigung** fortsetzen. Danach sei mit einem geplanten Krankenhaussterben zu rechnen. **Die Linke spricht sich für eine selbstkostendeckende Krankenhausfinanzierung aus.**
4. **BSW:** Die für die Gesundheitsversorgung schädliche Sektortrennung werde nicht aufgehoben. Stattdessen gehe die Weichenstellung in Richtung Abbau der stationären Versorgung. **Die Reform werde zu Zentralisierung, Privatisierung und Kapazitätsreduzierung führen.** **Die privaten Krankenhauskonzerne würden die Haupt-Profitiere sein.** Zwar gebe es für die Kommunen gewisse Chancen, jedoch würden sich bei den ambulanten Versorgungszentren vorrangig private Konzerne breitmachen.

Regierungswechsel zu Union + SPD bringt kleine Modifikationen

Dr. Heintze

- 1. Koalitionsvertrag** zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. WP sieht Fortentwicklung der Krankenhausreform vor. Zur praxisnahen Weiterentwicklung und besseren Umsetzbarkeit sollen unter anderem die Finanzierung des Transformationfonds geändert, Ausnahmen und Kooperationsmöglichkeiten erweitert, Leistungsgruppen, Qualitätskriterien und deren Maßgaben zur Anwendung überarbeitet und Zwischenfristen angepasst werden.
- 2. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken am 03.07.2025:** *Wir passen die Krankenhausreform so an, dass sie wirkt, aber alltagstauglich ist. Die Länder bekommen mehr Zeit, um die Reform umzusetzen. Und wir schaffen Ausnahmemöglichkeiten für Kliniken auf dem Land. An den Grundprinzipien der Reform halten wir aber fest: Nicht jede Klinik soll alles machen. Wir brauchen klare Qualitätsstandards für einzelne Leistungen. Nur wenn genug Fachärzte vor Ort sind, dürfen Leistungen angeboten und abgerechnet werden.*
- 3. Folgende Anpassungen sind vorgesehen (Entwurf des KrankenhausreformAnpassungsgesetzes - KHAG)**
 - Zur Schließung der Lücke bei den „Transformationskosten“ sollten die Kliniken mit **4 Mrd. €** aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität unterstützt werden.
 - Die **Finanzierung des Transformationsfonds soll künftig aus Mitteln des Bundes** (Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität) statt aus GKV-Mitteln erfolgen.
 - Zur Sicherstellung der stationären Versorgung insbesondere im ländlichen Raum sollen Ausnahmen und Kooperationsmöglichkeiten erweitert werden. Den Ländern sollen mehr Gestaltungsspielraum erhalten.
 - Reduktion der **Leistungsgruppen bei Fachkrankenhäusern auf 61**
 - Zwecks besserer Praxistauglichkeit Anpassung der Zwischenfristen, insbesondere zur Vorhaltevergütung. **Verlängerung der budgetneutralen Phase um ein Jahr bis 2027.** Daran schließt sich in den Jahren **2028 und 2029 die Konvergenzphase an.** <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/warken-wir-machen-die-krankenhausreform-alltagstauglich-03-07-2025.html>; 26.8.25

Was steht zu erwarten?

1. **Mit dem Inkrafttreten der Reform zum 1.1.2025 steht ein Gesetzes-Rahmen.** Dieser wird durch Rechtsverordnungen, die die Details regeln, gefüllt. Wie die Leistungsgruppen zugeordnet werden, entscheiden die Bundesländer. Insoweit wurde die Planungshoheit der Länder nicht ausgehebelt.
2. Die Jahre **2025 und 2026 waren für die Klärung von Details reserviert**. Dies wird sich bis 2027 verlängern.
3. Die wesentlichen Änderungen greifen erst ab 2027/28. **Die Bundesregierung aus Union und SPD plant keine Maßnahmen zur Minderung des Marktwettbewerbs.** Daher: Die Krankenhausfinanzierung bleibt fallzahlabhängig, die Vorhaltebudgets sind viel zu knapp bemessen und sollen sich hochbürokratisch an den Fallzahlen des Vorjahres orientieren. **Wer Mindestvorhaltezahlen nicht erreicht, erhält keine Vergütung.** Das in der Beratung befindliche KrankenhausreformAnpassungsgesetz (KHAG) sieht keine Korrektur dieses Kardinalfehlers vor. Minimum wäre: Vornahme von Revisionen anhand der Ist-Zahlen nur alle 4 oder 5 Jahre und in der Zwischenzeit das Budget an einen Preisindex binden.
4. **In der Gesundheitspolitik geben weiter die Marktgläubigen den Ton an.** Sie arbeiten im Interesse gewinnorientierter Investoren, nicht im Allgemeininteresse.
5. **Wirkungen:** Die **kalte Strukturbereinigung über den Markt wird weitergehen**, sich ab 2028 aber für größere Kliniken abschwächen. Ob Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft bis dahin durchhalten, ist wegen der Krise kommunaler Finanzen offen. **Andererseits:** So wie es war, konnte es gleichfalls nicht weitergehen.
6. Hinweis am Rande: Das Preissystem der Fallpauschalen wurde **angeblich von Australien** übernommen. Tatsächlich aber stehen DGR's dort nur **für rd. 40% der Vergütung**. Erst bei der Entlassung von Patienten wird ermittelt, welche DRG's zum Tragen kommen. Es gibt ein zweigeteiltes KH-System: Komplexe und innovative Medizintechnik findet im öffentlichen Sektor Anwendung; dieser ist bestens ausgestattet. Der Privatsektor konzentriert sich auf Routinebehandlungen. Rosinenpickerei scheidet daher aus. Quellen: (u.a. Amtliche Gesundheitsstatistik: Health expenditure Australia 2021-22; 21.11.24)

4

Reform der Langzeitpflege (LTC) – Das Nötige hat kaum eine Realisierungschance

- 30 Jahre Pflegeversicherung - Starkes Ausgabenwachstum und keine nachhaltige Finanzierung
- Baustelle *zu hohe Eigenanteile* - es ginge auch anders
- Herausforderung Kommunalisierung: Community Nursing mit Blick auf Österreich
- Das Leistungsversprechen der Pflegeversicherung droht zu implodieren

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Ist):

Ausgabensprünge in Langzeitpflege nach 2015

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2020	2021	2022	2023	2024
Beitragseinnahmen (Mrd. €)	16,3	16,8	16,6	18,4	19,6	21,6	22,9	25,8	32,0	36,0	37,7	47,9	49,7	52,5	58,5	65,4
Leistungsausgaben	15,9	16,5	16,8	17,1	18,2	20,4	21,9	24,2	28,3	35,5	38,3	45,6	50,2	56,2	56,9	63,3
Überschuss der Einnahmen	---	---	---		0,5	0,6	0,3	0,1	0,5	1,0	-----	-----	1,5	-----	1,8	---
Überschuss der Ausgaben	0,1	0,4	0,8	---	---	---	---	---	---	2,4	3,6	-----	1,4	2,3	---	1,5

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit. August 2025

Ein BIP-Prozentpunkt (zu Marktpreisen):

2010: 26,2 Mrd. €

2016: **32 Mrd. €**

2017: **33,3 Mrd. €**

2020: 34,5 Mrd. €

2022: 39,6 Mrd. €

2024: 43,1 Mrd. €

Quelle: Destatis, VGR, Fachserie 18 Reihe 1.1,
Januar 2025

Die erreichte Ausgabenhöhe (2024) von 1,5 BIP-Prozentpunkten ist unbedenklich.

Die nicht-haltige Finanzierung, Hyper-Bürokratisierung und fehlgeleitete Mittelverwendung sind das Problem



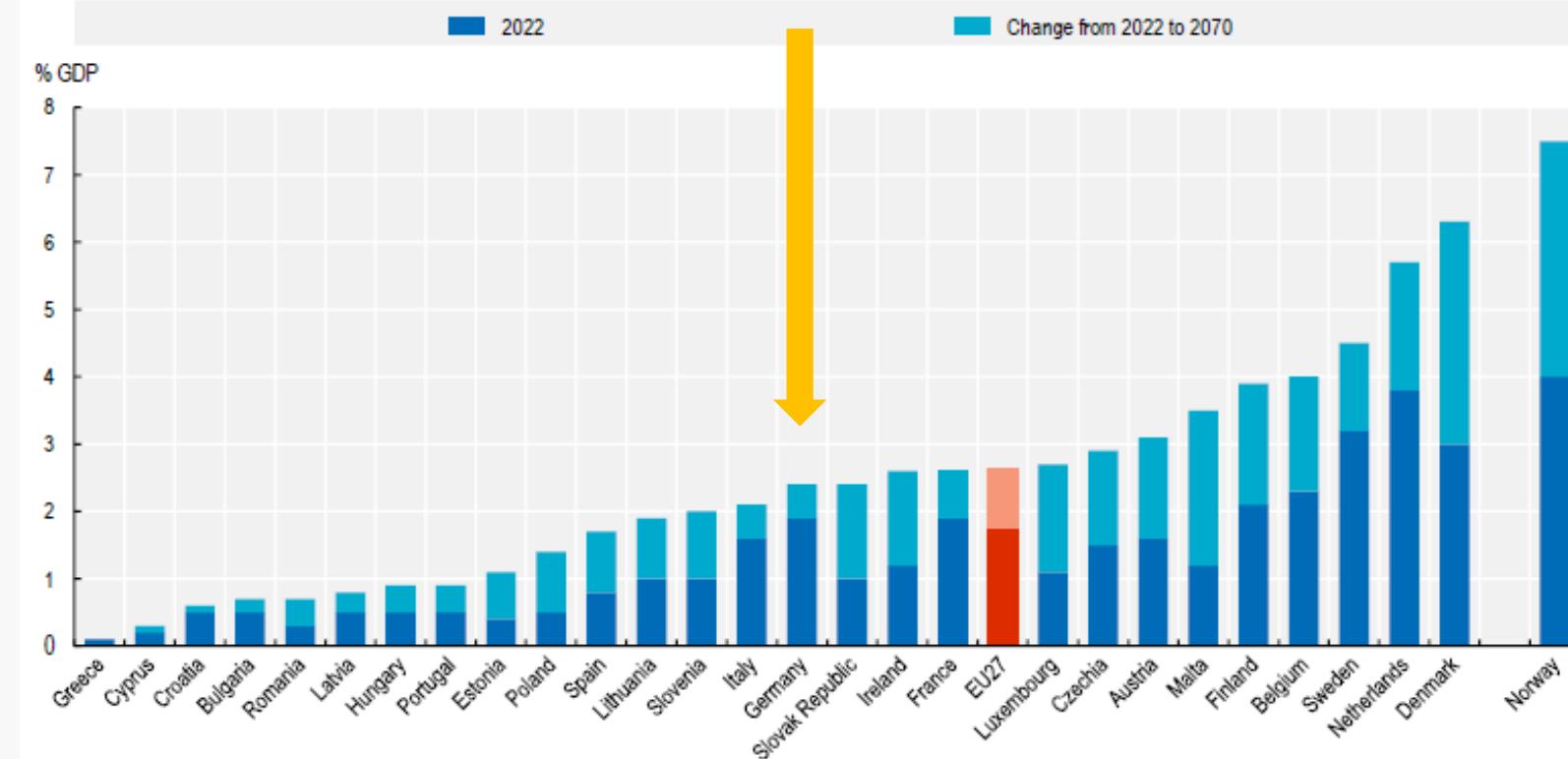
Die öffentlichen LTC-Ausgaben sind im internationalen Vergleich nicht besonders hoch

Dr. Heintze

Bundesrechnungshof warnt vor einem LTC-Finanzierungsloch von über 12 Mrd. € bis 2029

Bundesregierung hält die Pflegeversicherung für nicht mehr finanzierbar. Union will ein **Karenzjahr** einführen. Sozialrechtlich angekannt Pflegebedürftige sollen im 1. Jahr keine Leistungen erhalten. Dies wäre eine Regression auf das Niveau osteuropäischer Länder.

Figure 8.18. Public spending on long-term care as a percentage of GDP, 2022-70 – baseline scenario



Note: The EU average is weighted by GDP.

Source: European Commission and EPC-AWG (2024).

Langzeitpflegeausgaben (LTC) 2022/23: Deutschland im Vergleich

	Gesundheits-system	Laufende Gesundheits-ausgaben insgesamt 2022 (% des BIP)	Langzeitpflege (LTC): öff + privat			
			Primäre Zu-Ständigkeit	LTC % des BIP	LTC insgesamt (KKS je EW)	Anteil der LTC-Ausgaben an den Gesundheits-ausgaben (%)
Deutschland	Pflicht-V	11,74	Familie	2,49	1.150	21,24
Niederlande	Pflicht-V	9,74	Staat	3,89	1.832	40%
Belgien	Pflicht-V	10,8	Staat	3,12	1.312	28,92
Dänemark	Staatlich	9,37	Staat	3,14	1.375	33,45
Finnland	Staatlich	9,74	Staat	3,49	1.295	35,78
Norwegen	Staatlich	7,91	Staat	2,7	1.833	34,21
Schweden	Staatlich	11,15	Staat	3,64	1.529	32,61

Legende: Pflicht-V = Pflichtversicherungssysteme; Staatlich = Staatliche Gesundheitssysteme mit geteilter Zuständigkeit (Regierung, Regionen, Kommunen);

KKS = Kaufkrafteinheiten

Erläuterungen: Angaben für 2023 (2022) bei Deutschland, Belgien, Dänemark und Schweden (Niederlande, Finnland, Norwegen). Die Aufschlüsselung nach Finanzierungsstruktur hat Eurostat seit 2023 eingestellt.

Quelle: Eurostat, Gesundheitsausgaben nach Funktionen [hlth_shal1_hc]; Update 20.08.2025

Entgegen dem öffentlichen Diskurs sind die **LTC-Ausgaben nicht zu hoch, sondern das familienbasierte System ist an seine Grenzen gelangt**. Länder, die mit kommunalen Leistungen viel mehr Geld für LTC ausgeben, erreichen bei der älteren Bevölkerung einen besseren Gesundheitszustand und vermeiden **Kostenverlagerungen in die Krankenversorgung**.

Baustelle: Hohe Eigenanteile bei der Heimversorgung

Dr. Heintze

Merkmale	Deutschland	Österreich
Problem zu hoher Eigenanteile	Leistungen der Pflegeversicherung decken die pflegebedingten Kosten immer weniger. Trotz einer zum 1.1.2022 eingeführten hoch bürokratische Zuschussregelung wachsen die Eigenanteile. Erstes Heimjahr : 3.108 € im Bundesmittel (1.7.25). Viele Menschen sind überfordert. <u>Quelle:</u> https://www.vdek.com/	Bis Ende 2017 Regelung wie in Deutschland. Heimbewohner*innen mussten zur Deckung der Heimkosten erforderlichenfalls Vermögen verwerten oder der Partner resp. eigene Kinder wurden herangezogen.
Zugriff auf Vermögen bei Heim-versorgung	Die hohen Eigenanteile überfordern die meisten Pflegebedürftigen. Sie können sich ein Heim nicht leisten. Eigenes Vermögen muss eingesetzt werden; ein Schonvermögen bis 25 TEUR verbleibt. Seit dem 1. Januar 2020 sind Kinder nur noch ab einem Jahresbruttoeinkommen von 100.000 Euro zum Unterhalt verpflichtet.	<ol style="list-style-type: none"> Abschaffung des „Pflegeregresses.“ Den Ländern ist es seit 1.1.2018 verfassungsrechtlich verboten, auf das Vermögen und die Ersparnisse der Heimbewohner resp. von deren Angehörigen zuzugreifen. Im Gegenzug erhielten die Länder in 2018 100 Mio. € zusätzlich über den Pflegefonds. Die Endabrechnung ergab tatsächliche Kosten von 295,5 Mio. €. Ausgleich erfolgt über den Pflegefonds.
Hilfe zur Pflege bei finanzieller Überforderung	<ol style="list-style-type: none"> Die Sozialhilfequote bei den Heimbewohner*innen erreichte 2021 mit 36,8 Prozent den höchsten Wert seit Einführung der Pflegeversicherung. Die zum 1.1.2022 eingeführten Leistungszuschläge bewirken keine nachhaltige Senkung der zu hohen Eigenanteile; Wirkung ist verpufft. 	<p>Finanzierung der Heimkosten seit dem 1.1.2018:</p> <ol style="list-style-type: none"> Zur Deckung herangezogen wird das Pflegegeld, die Pension und sonstige Einkünfte (Mieteinnahmen, z.B.) Schließung der Finanzierungslücke: Sozialhilfe mit Refinanzierung aus dem Pflegefonds Der Heimbewohner*in verbleiben 20 Prozent der Pension und 10 Prozent des Pflegegeldes der Stufe 3 als Taschengeld. Im Minimum sind dies (2023) 268 €/mtl.

Herausforderung Kommunalisierung: Blick auf Community Nursing in Österreich lohnt

Dr. Heintze

Stichworte	Was genau?
Rechtsgrundlage	Geschaffen 2021 (Gesetz und Richtlinie zum Rollenprofil der Community Nurses)
Problemanalyse	Angebote der Langzeitpflege sind äußerst heterogen und intransparent. Für Betroffene ist es schwierig, die passende Unterstützung zu erhalten; ungedeckte Bedarfe bleiben auf der Strecke
Grundverständnis	Gemäß internationalem Verständnis bezeichnet Community Nursing sozialraumorientierte Dienstleistungen, die zu Hause und/oder wohnortnah angeboten und erbracht werden.
Aufgaben	Gemeindenahme und bevölkerungswirksame Pflege (§ 12, 14 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes) durch niedrigschwellige Angebote der Beratung, Prävention und Gesundheitsförderung; Beitrag zu einer bedarfsorientierten Versorgung.
Zuständigkeit/Umsetzung	(1) Koordinierungsgruppe aus Vertretern von Bund, Ländern und dem Gemeinde- +Städtebund (2) Zuständigkeit für Begleitung und Fördermanagement: Gesundheit Österreich
Instrumente	Dienstleistungen wurden in der Gemeinde stützpunktbezogen und aufsuchend (Präventive Hausbesuche, z.B.) angeboten. Es ging um Monitoring, Evaluation, Beratung, Pflegeintervention
Qualifikation des Personals	Spezialgebiet des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (Studiengänge Community Nursing, Family Health Nursing, Public Health Nursing). Die Pflegekräfte sind nach mind. 2 Jahren einschlägiger Berufserfahrung zur autonomen Leistungserbringung legitimiert.
Stand 2025	Die Projektphase mit 116 Pilotprojekten in meist kommunaler Trägerschaft wurde 2024 abgeschlossen. Die Ergebnisse sind positiv. Community Nursing wird nun in der Versorgungslandschaft implementiert: Näheres siehe unter https://cn-oesterreich.at/ und https://maps.goeg.at/community-nursing

Nicht auf Höhe der Herausforderungen

Das Leistungsversprechen der Pflegeversicherung droht zu implodieren

- (1) Immer mehr Pflegebedürftige finden keinen Heimplatz und auch keinen ambulanten Dienstleister. Die Zahl der Insolvenzen ambulanter und stationärer Pflegedienstleister ist gestiegen.
- (2) Immer mehr Heimbewohner werden **von viel zu hohen Eigenanteilen erdrückt**. Im Bundesdurchschnitt waren es am 1.7.2025 **3.108 €** gegenüber **2.411 €** am 1.1.2023 (Quelle: Vdek). Die zur Abfederung von Kostensteigerungen gezahlten **Zuschüsse bringen keine nachhaltige Entlastung**, sondern bremsen nur den Anstieg. Dieser beläuft sich seit dem 1.1.2018 bundesweit auf über 50%: Quelle: Vdek
- (3) Alternativmodelle – z.B. Essen und Geselligkeit im Heim; Schlafen in der eigenen Häuslichkeit – scheitern an der mangelnden Flexibilität des **starr versäulten** deutschen Gesundheits- und Pflegesystems.
- (4) Pflegekräfte werden mittlerweile zwar besser entlohnt. Die Durchsetzung tariflicher und tarifnaher Entlohnung wirkt. Die Arbeitsbedingungen gleichwohl werden vom Pflegepersonal vielfach als wenig attraktiv wahrgenommen. Folge: **Flucht in die Leiharbeit**. Dies **unterminiert die Qualität, kommt für die Heime teuer und vergiftet das Betriebsklima**. Auf Initiative von Bayern fordert der BR den BT mit einer Entschließung vom 2.2.24 (Drs. 214/23) auf, Maßnahmen zur „*Eindämmung der Leiharbeit in der Pflege*“ zu ergreifen.
- (5) Die Lücke zwischen Personalbedarf und verfügbarem Personal wird immer größer, weil der Versorgungsbedarf weit schneller steigt als Personal neu ausgebildet resp. rekrutiert werden kann. Nach Destatis-Berechnungen (1-2024) werden bis 2049 zwischen 280.000 und 690.000 Pflegekräfte fehlen. Siehe ABB
- (6) Der Strategie der **Klein-Klein-Reparaturmaßnahmen** der Politik funktioniert nicht mehr. Einem immer größeren Aufwand steht ein immerdürftigeres Ergebnis gegenüber. Zugleich steigt der bürokratische Aufwand. Ungeschönter Befund: **DAS SYSTEM ist zunehmend dysfunktional.**

Wenn Fortschrittsanspruch auf Lernblockaden trifft, droht Regression

Eine grundsätzliche Schlussbemerkung

- (1) Die deutsche Politik ist geprägt durch Krisenverwaltung mit **kleinteiligen Detailreparaturen** an bestehenden Systemen. Dieser Modus ist an seine Grenzen gelangt. Das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem droht zu kollabieren.
- (2) Mit Machtressourcen ausgestattete Akteure für eine nach vorne gerichtete Systemtransformation gibt es kaum. Die **machtvollen Akteure vertreten durchweg partikulare Interessen**. Sie verteidigen ihre Privilegien.
- (3) Die zersplitterten sonstigen Akteure sehen nur das kleine Terrain, in dem sie sich bewegen; nicht das System
- (4) **Wenn Lernblockaden dominant sind**, misslingt das, was an Fortschritt möglich wäre. Statt Probleme zu lösen und Krisen zu entschärfen, werden sie weiter vorangetrieben. Regressive Entwicklungen setzen ein. Hier geben reaktionäre Kräfte den Ton an.

Befund im September 2025

**Das deutsche Gesundheitssystem bedient mächtige Interessen,
löst seine Leistungsversprechen aber immer weniger ein**



Leistungs- und Qualitätsversprechen werden
aufgegeben > **REGRESSION**



Leistungs- und Qualitätsversprechen werden nachhaltig gesichert
durch Systemtransformation > **Durchsetzung ist nur gegen
große Widerstände möglich**



Vielen Dank für Eure
Aufmerksamkeit