

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) und der Korporativen Mitglieder der DGIM

Krisenfest in die Zukunft: Strategien für ein widerstandsfähiges Gesundheitssystem

Termin: Mittwoch, 26. November 2025, 11 Uhr

Link zur Online-Anmeldung für Journalistinnen und Journalisten:

<https://events.teams.microsoft.com/event/dc35b598-6431-4c7e-b471-e652d51fec2c@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

Themen und Referierende:

Grußwort der Korporativen Mitglieder der DGIM

Dr. med. Christian Petrik

Stellv. Sprecher der Korporativen Mitglieder der DGIM, Sr. Medical Director Primary Care, Pfizer Pharma GmbH

Forschung als Innovationsmotor: wie wissenschaftliche Exzellenz die Innere Medizin von morgen sichert

Univ.-Professorin Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel

Vorsitzende der DGIM, Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel am Universitätsklinikum Essen

Klimawandel, Demografie, Arbeitsbelastung: wie junge Ärztinnen und Ärzte Stressoren begegnen

Dr. med. Lena Levien

Arbeitsgruppe JUNGE DGIM, Ärztin in Weiterbildung Innere Medizin/Hämatologie und Onkologie, Universitätsmedizin Göttingen

Digitale Werkzeuge für mehr Resilienz: KI und Daten als Stabilisatoren der Versorgung

Linea Schmidt M.Sc.

Lehrstuhl für Digital Health, Economics and Policy, Hasso-Plattner-Institut, Potsdam

Innovation und Standortfrage: Wie sichern wir die Versorgung in Deutschland?

Dr. rer. pol. Claus Michelsen

Geschäftsführer Wirtschaftspolitik, Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Berlin

Gesundheitssystem am Limit – wie bleibt die Versorgung auch in Krisenzeiten stabil?

Professor Dr. med. Georg Ertl

Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Moderation

Dr. phil. Andreas Mehdorn

DGIM Pressestelle, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle – Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-313

E-Mail: mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.instagram.com/dgim_ev/ | www.linkedin.com/company/dgim-ev

STATEMENT

Forschung als Innovationsmotor: wie wissenschaftliche Exzellenz die Innere Medizin von morgen sichert

Univ.-Professorin Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel, Vorsitzende der DGIM, Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel am Universitätsklinikum Essen

Die Innere Medizin durchlebt aktuell zahlreiche Paradigmenwechsel. Viele Entwicklungen der vergangenen Jahre – von der inkretinbasierten Hormontherapie über CAR-T-Zelltherapien bis hin zu datengetriebenen Technologien – wären ohne kontinuierlichen Wissenszuwachs nicht denkbar gewesen. Forschung ist und bleibt der Motor, der Fortschritt möglich macht. Genau deshalb brauchen wir Wissenschaft nicht nur im Labor oder in hochspezialisierten Zentren, sondern als lebendige Grundlage unseres Fachs – vom Studium bis in die späte Karrierephase.

Wir sehen aktuell, wie eng wissenschaftliche Exzellenz und medizinische Versorgung miteinander verwoben sind. Die Beispiele reichen von Gentherapien, die ihren Ursprung in der Erforschung seltener genetischer Varianten haben, bis hin zu modernen RNA-Technologien und KI-gestützten Diagnoseansätzen. Diese Innovationen verändern Diagnostik, Therapie und Prävention – und sie entstehen, weil wir bereit sind, Fragen neu zu stellen, Althergebrachtes zu hinterfragen und Daten kritisch zu bewerten. Forschung bedeutet Fortschritt und Fortschritt bedeutet bessere Medizin.

Gleichzeitig erleben wir im klinischen Alltag, dass junge Ärztinnen und Ärzte unter enormem Druck stehen. Zeit für Wissenschaft bleibt dabei oft auf der Strecke, zumal auch im Medizinstudium aufgrund der Stoffdichte und praktischen Ausrichtung, die Beschäftigung mit wissenschaftlichen Grundlagen ins Hintertreffen zu drohen kommt. Doch wissenschaftliches Denken ist keine Zusatzqualifikation, sondern eine Grundvoraussetzung, um moderne Medizin verantwortungsvoll zu gestalten und die Patientinnen und Patienten bestmöglich behandeln zu können. Es ist das Werkzeug, das uns hilft, neue Erkenntnisse einzuordnen, Therapien zielgerichtet einzusetzen und Fehlentwicklungen früh zu erkennen. Ohne dieses Fundament geraten wir ins Hintertreffen – gerade in einer Zeit, in der digitale Transformation, KI und datenbasierte Entscheidungen immer stärker in den Versorgungsalltag hineinwirken.

Hier setzt die DGIM an. Wir investieren seit Jahren konsequent in die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses – vom Promotionsstipendium für Studierende bis zu Clinician- und Advanced-Clinician-Scientist-Programmen, zusätzlich zu individueller Unterstützung mittels Brücken- oder dem Familienstipendium. Mehr als eine Million Euro pro Jahr fließen inzwischen in die Förderung. Die Nachfrage ist hoch, die Auswahl streng – und genau das zeigt: Die Bereitschaft, sich wissenschaftlich einzubringen, ist bei den Studierenden und jungen Kolleginnen und Kollegen da. Unsere Aufgabe ist es, Raum dafür zu schaffen, Strukturen zu verbessern und wissenschaftliche Laufbahnen sichtbar und

attraktiv zu machen. Die Exzellenzakademie, der Young Investigator Award oder das Forum Junge DGIM sind wichtige Bausteine, um diese Kultur zu stärken.

Ferner vergibt die DGIM einmal im Jahr mit dem Theodor-Frerichs- und dem Präventionspreis zwei Wissenschaftspreise, um Spitzentalente in der Inneren Medizin unter 35 Jahren für besonders innovativen Forschungsarbeiten zu würdigen. Die Konkurrenz um diese Preise ist außerordentlich hoch; Bewerbungen stammen aus allen Schwerpunkten der Inneren Medizin. In diesem Jahr wurden beispielsweise Arbeiten zu grundlegenden Pathomechanismen der Glomerulonephritis sowie zu neuen Klassifikationen des Diabetes mellitus und deren Bedeutung für Sekundärkomplikationen eingereicht.

Doch Wissenschaft endet nicht nach der Facharztprüfung. Auch erfahrene Kolleginnen und Kollegen brauchen Zugang zu neuen Erkenntnissen – sei es in der Prävention, in der ambulanten Versorgung oder in der Anwendung digitaler Technologien. Mit diesen Themen befasst sich die DGIM das gesamte Jahr über und in besonderem Maße auch auf dem kommenden DGIM-Kongress 2026. Dieser stellt Paradigmenwechsel bewusst in den Mittelpunkt: Wie setzen wir Prävention und moderne Therapiekonzepte um? Welche Potenziale bietet KI in der klinischen Praxis? Wie stärken wir geschlechterspezifische Forschung, wie schließen wir Versorgungslücken und wie sichern wir eine nachhaltige Wissenschaftskultur?

Diese Fragen sind auch in den aktuellen Exzellenzclustern mit Bezug zur Inneren Medizin zentral – sei es im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Adipositasforschung, der Infektiologie, der regenerativen Medizin, bei Autoimmunerkrankungen oder in der Krebsmedizin. Besonders erfreulich ist, dass in diesen Clustern viele Internistinnen und Internisten aktiv mitwirken beziehungsweise als Sprecherinnen und Sprecher koordinierende Funktionen übernehmen. Dadurch bestehen an den beteiligten Universitätsstandorten hervorragende Voraussetzungen, um Grundlagenforschung auf internationalem Spitzenniveau für die Weiterentwicklung der Inneren Medizin in Deutschland voranzutreiben und gleichzeitig die nächste Generation wissenschaftlich exzellent ausgebildeter Internistinnen und Internisten zu fördern.

Für mich ist klar: Die Innere Medizin kann und muss diese Zukunft gestalten. Als Fachgesellschaft tragen wir dafür Verantwortung, die Qualität der Versorgung zu sichern, für kluge Entscheidungen im Sinne unserer Patientinnen und Patienten und für eine Medizin, die wissenschaftlich fundiert und zugleich menschlich bleibt. Wissenschaft ist keine Option, sondern die Voraussetzung dafür, dass wir auch morgen innovativ, wirksam und verantwortungsvoll handeln können.

Es gilt das gesprochene Wort!
Essen, November 2025

STATEMENT

Klimawandel, Demografie, Arbeitsbelastung: wie junge Ärztinnen und Ärzte Stressoren begegnen

Dr. med. Lena Levien, Arbeitsgruppe JUNGE DGIM, Ärztin in Weiterbildung Innere Medizin/Hämatologie und Onkologie, Universitätsmedizin Göttingen

Aktuell gibt es einige Punkte, die junge Ärztinnen und Ärzte beschäftigen und als Stressoren wirken. Mit dem Krankenhausreformatungsanpassungsgesetz ist und bleibt das Gesundheitssystem Gegenstand vieler Diskussionen. Die dadurch zunehmende Ambulantisierung ist an sich begrüßenswert. Allerdings fehlt es hier momentan an Systemen, die diese gut in das bestehende Krankenhausnetz einbinden. Beispielsweise fehlen Räume, in denen Therapien durchgeführt werden können, sowie auch das notwendige Personal. Diese Lücke sorgt für eine zunehmende Belastung, die den Arbeitsalltag erschwert. Hinzu kommt der Abbau von Personal gerade im ärztlichen Bereich durch einen zunehmenden Kostendruck.

Im Rahmen der sich ändernden Demografie sehen wir, dass Patientinnen und Patienten immer älter werden und multimorbide, geriatrische Krankheitsbilder aufweisen, also dem gleichzeitigen Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen. Ich denke hier beispielsweise an einen älteren Herrn mit einer Herzinsuffizienz, Diabetes, Bluthochdruck und vielleicht einer rheumatischen Erkrankung. Alle Erkrankungen für sich sind jeweils gut behandelbar. Das Zusammenspiel mehrerer Faktoren macht dies jedoch deutlich komplexer, sowohl durch die Wechselwirkungen von vielen Medikamenten wie auch das Gegenspiel von Symptomen und Nebenwirkungen. Dies fordert eine breite internistische Ausbildung, die nicht durch eine Reduktion auf spezialisierte Bereiche erreicht werden kann.

Auch im Zuge des Klimawandels leiden vor allem Babys und Kleinkinder wie auch alte Menschen unter den Folgen steigender Temperaturen. Gerade an den heißen Sommertagen führt dies zu einer Überlastung von Notaufnahmen. Darunter leiden neben dem Personal vor allem auch die Patientinnen und Patienten. Weiterhin führen steigende Temperaturen und zunehmende Luftverschmutzung zum Auftreten von Krankheitsbildern, die bisher in Deutschland kaum ansässig waren. Zum Beispiel sehen wir in Europa eine steigende Anzahl an Malaria-Fällen. Auch dies stellt eine Herausforderung für den ärztlichen Alltag dar, da wir mit Krankheitsbildern konfrontiert werden, die bisher wenig Einzug in den praktischen Alltag fanden.

Sieht man sich die Prognosen für die nächsten Jahre und Jahrzehnte an, kann man mit einer steigenden Migrationsbewegung aufgrund des Klimawandels zusätzlich zu Strömungen aus Krisengebieten rechnen. Damit allen Menschen geholfen werden kann, braucht es jedoch zusätzliche Strukturen, angefangen bei Systemen zur Überbrückung sprachlicher Barrieren. Außerdem gibt es

international betrachtet andere Keimspektren und Erkrankungen. Gerade die Zunahme multiresistenter Erreger stellt eine Bedrohung für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus dar. Die Behandlung solcher multiresistenten Keime ist sehr komplex und es braucht eine spezielle Infrastruktur, die einen erhöhten Aufwand für das gesamte Krankenhauspersonal bedeutet. Ein Patient mit einem 4 MRGN (also einem bestimmten multiresistenten Keim) muss zum Beispiel in einem speziellen Zimmer isoliert werden, jeder, der das Zimmer betritt, muss Schutzkleidung tragen, außerdem braucht es eine Sonderreinigung für das Zimmer und alle Geräte, mit denen die Person im Kontakt war. Dass mit dem KHAG die Leistungsgruppe Infektiologie entfallen ist, wird sich in diesem Zusammenhang noch als wenig hilfreich erweisen.

Eine Chance sehen wir sicherlich in einer zunehmenden Digitalisierung, mit der Abläufe vereinfacht und eine einheitliche Dokumentation erzielt werden soll. Hier besteht noch großer Nachbesserungsbedarf, was die Infrastruktur in vielen Krankenhäusern angeht. Bisher erleichtert die Digitalisierung die Arbeit nur bedingt, da viele Systeme erst im Aufbau begriffen sind und etabliert werden müssen.

Die genannten Probleme werden erschwert durch eine unzureichende Qualität der Weiterbildung, die gerade durch die zunehmende Arbeitsbelastung immer mehr in den Hintergrund tritt. Weiterbildung wird zu einem „Luxus“, den sich nicht jede Abteilung leisten kann. Weiterbilder und Assistenzärztinnen und -ärzte sind dadurch häufig frustriert. Durch Zuweisung von Leistungsgruppen an spezialisierte Krankenhäuser können Engpässe in der Weiterbildung vor allem in strukturschwächeren Regionen entstehen. Diesem Punkt sehen wir mit Besorgnis entgegen. Die Weiterbildung von jungen Ärztinnen und Ärzten ist unabdingbar für eine flächendeckende, patientennahe Versorgung. Im Krankenhausreformverbesserungsgesetz ist die Weiterbildung finanziell nicht ausreichend mitbedacht. So braucht es für eine gute Lehre Zeit und jemanden, der sich die Zeit nimmt. Beispielsweise kann eine Gastroskopie nicht durch Lesen erlernt werden. Wenn jedoch niemand Zeit hat, zum Beispiel beim Erlernen manueller Fähigkeiten wie Magenspiegelung oder Herzultraschall zuzugucken beziehungsweise diese zu erklären, ist das Lernergebnis entsprechend schlecht. Regelmäßig stattfindende Seminare oder Praktika fallen im zunehmenden Stress des ärztlichen Alltags hinten runter. Ohne eine angemessene Budgetierung für Lehrzeiten wird die Lehre und damit auch die Qualität unserer Krankenversorgung abnehmen.

Leider führen die genannten Stressoren auch dazu, dass Ärztinnen und Ärzte den Beruf verlassen, um zum Beispiel in einem medizinnahen Beruf zu arbeiten. Andernfalls wird häufig eine Stundenreduktion angestrebt, was gerade auf Schichtdienststationen wie der Intensivstation oder der Notaufnahme die eigene Ausbildung aber auch die krankenhausinterne Planung erschwert. Teilweise sind Gleitzeit- oder

Halbtagsmodelle aufgrund der interdisziplinären Übergaben gar nicht möglich, wodurch Ärztinnen und Ärzte, die auf derartige Arbeitsmodelle angewiesen sind, Probleme in ihrer Ausbildung bekommen.

Schlussendlich lebt der Beruf des Arztes auch davon, dass man seinem Patienten zuhört und sich emotional mit seinem Gegenüber befasst. Auch dies unterscheidet uns ja gerade von einer KI, so viele Möglichkeiten es mit dieser auch geben mag. Dennoch sehen wir mit der steigenden Arbeitsbelastung gerade diesen besonderen Punkt unseres Berufes gefährdet, worunter nicht zuletzt auch unsere Patientinnen und Patienten leiden.

Daher ist es wichtig, dass wir uns zum Beispiel über Fachgesellschaften verknüpfen, um gemeinsam nach Lösungen und Wegen für die Zukunft zu suchen.

Es gilt das gesprochene Wort!
Göttingen, November 2025

STATEMENT

Digitale Werkzeuge für mehr Resilienz: KI und Daten als Stabilisatoren der Versorgung

Linea Schmidt M.Sc., Lehrstuhl für Digital Health, Economics and Policy, Hasso-Plattner-Institut, Potsdam

Digitale Technologien können einen wichtigen Beitrag leisten, um unser Gesundheitssystem widerstandsfähiger zu machen, vor allem dort, wo chronische Erkrankungen eine kontinuierliche Betreuung erfordern. Daten helfen uns, Entwicklungen früher zu erkennen und Behandlungspfade besser zu steuern. Damit wird die Versorgung nicht nur effizienter, sondern auch verlässlicher.

Ein Beispiel dafür ist das *Remote Patient Monitoring*. Wenn Patientinnen und Patienten ihre Gesundheitswerte regelmäßig zu Hause erfassen (häufig passiv über Wearables wie Apple Watch oder Fitbit) entstehen Informationen, die über eine Momentaufnahme in der Arztpraxis oder im Klinikum hinausgehen und in der Praxis sonst fehlen. Analysen aus den USA zeigen, dass sich durch den Einsatz von *Remote Patient Monitoring* bei Hypertonie die Zahl der akutmedizinischen Behandlungen aufgrund von Bluthochdruck um fast zehn Prozent senken lässt. Gleichzeitig nehmen Patientinnen und Patienten häufiger ambulante Angebote wahr und lösen deutlich (etwa 33 %) mehr Rezepte für Medikation ein. Das deutet darauf hin, dass die Therapieadhärenz steigt und vielleicht auch Verschlechterungen des Gesundheitszustandes schneller entdeckt werden. Die mit Hypertonie verbundenen Gesundheitskosten pro Patient und Patientin liegen allerdings im Durchschnitt etwa 280 Dollar pro Jahr höher bei Personen mit *Remote Patient Monitoring* [4]. Da diese Ergebnisse bisher ausschließlich auf Abrechnungsdaten beruhen, setzen wir genau hier mit einem aktuellen Forschungsprojekt an.

Gemeinsam mit dem Mount Sinai Health System untersuchen wir am Hasso-Plattner-Institut eine Kohorte von über 500 000 Hypertonie-Patientinnen und -Patienten. Dafür verbinden wir Abrechnungsdaten mit Informationen aus elektronischen Patientenakten. Unser Ziel ist es, herauszufinden, welche Patient:innengruppen besonders von *Remote Monitoring* profitieren und wie sich Gesundheitsverläufe verändern. Solche Ansätze ermöglichen es, digitale Interventionen gezielter einzusetzen, insbesondere dort, wo Ressourcen knapp sind.

Neben *Remote Patient Monitoring*-Angeboten sind auch Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), also die Apps auf Rezept, von Beginn an so gestaltet, dass sie kontinuierlich Nutzungs- und Verlaufsdaten erfassen. Dieses "by-design"-Entstehen von Real-World-Daten ist ein wesentlicher Vorteil digitaler Versorgungsformen [3]. Die Real-World-Daten ermöglichen, Wirksamkeit und Sicherheit im Versorgungsalltag fortlaufend zu beurteilen und besser zu verstehen, für welche Patient:innengruppen eine Intervention besonders geeignet ist. Parallel dazu haben wir im Rahmen eines Projektes die *AUDiCT*

Datenbank aufgebaut, in der wir über 29 000 klinische Studien erfassen und systematisch identifizieren, in welchen Bereichen digitale Gesundheitstechnologien überhaupt eingesetzt werden. Dadurch lassen sich Trends, Evidenzlücken und Entwicklungspotenziale sichtbar machen.

Ein weiteres großes Potenzial liegt in den elektronischen Gesundheitsakten und vor allem in den darin enthaltenen unstrukturierten Daten. Mit modernen Auswertungsverfahren lassen sich Informationen aus Arztbriefen oder Befunddokumentationen automatisch nutzbar machen. In einem Projekt zu Morbus Crohn haben wir mithilfe von *Natural Language Processing* Komplikationen in unstrukturierten Textdaten der elektronischen Patientenakten identifiziert und Patientinnen und Patienten verschiedenen Krankheitsphänotypen zugeordnet. In diesem Rahmen haben wir sowohl einen regelbasierten Ansatz als auch ein *Large-Language-Model* (LLM) getestet. Beide lieferten vergleichbare Ergebnisse, jedoch benötigte der LLM-basierte Ansatz nur einen Bruchteil der Entwicklungszeit. Solche Verfahren ermöglichen es, Krankheitsverläufe über Jahre hinweg präziser nachzuvollziehen und Risiken deutlich früher zu erkennen, aber sie können ebenso die Vorhersage des Entstehens der Erkrankungen ermöglichen [2, 1].

Damit solche digitalen Werkzeuge im Alltag funktionieren, müssen sie für Anwendende (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte) einfach nutzbar, transparent und verlässlich sein. Dazu gehört eine gute Datenqualität, inklusive bewusstem Umgang mit möglichen Verzerrungen und vor allem eine Integration in bestehende Systeme. Digitale Werkzeuge dürfen keine zusätzliche Belastung darstellen, sondern müssen wirklich unterstützen – sei es durch konkrete Risikohinweise, bessere Priorisierung oder Zeitersparnis.

Damit der Transfer in die Praxis gelingt, braucht es allerdings nicht nur technische Lösungen, sondern auch Austausch und Qualifizierung von klinischem Personal. Hierzu trägt die Deutsche Gesellschaft für Digitale Medizin (DGDM) zum Beispiel bei, indem sie Forschung, Lehre und klinische Anwendung digitaler Medizin fördert und Fortbildungs- sowie Austauschformate bereitstellt.

Digitale Anwendungen, *Remote Patient Monitoring* und KI-gestützte Analysen treten damit nicht an die Stelle medizinischer Expertise – sie stellen vielmehr eine Erweiterung dar. Digital-Health-Technologien schaffen Transparenz über Verläufe, liefern zusätzliche Kontextinformationen und ermöglichen, die Versorgung gezielter und vorausschauender zu steuern. So können digitale Werkzeuge zu einem wichtigen Baustein für ein stabileres und zukunftsfähiges Gesundheitssystem werden.

Es gilt das gesprochene Wort!
Potsdam, November 2025

Literatur:

- [1] Susanne Ibing u. a. „Electronic Health Records-based identification of newly diagnosed Crohn’s Disease cases“. In: *Artificial Intelligence in Medicine* 159 (Jan. 2025), S. 103032. ISSN: 0933-3657. DOI: 10.1016/j.artmed.2024.103032. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0933365724002744> (besucht am 14.11.2025).
- [2] Linea Schmidt u. a. *Extraction of Crohn’s Disease Clinical Phenotypes from Clinical Text Using Natural Language Processing*. en. Pages: 2023.10.16.23297099. Okt. 2023. DOI: 10.1101/2023.10.16.23297099. URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2023.10.16.23297099v1> (besucht am 03.06.2024).
- [3] Linea Schmidt u. a. „The three-year evolution of Germany’s Digital Therapeutics reimbursement program and its path forward“. en. In: *npj Digital Medicine* 7.1 (Mai 2024). Publisher: Nature Publishing Group, S. 1–8. ISSN: 2398-6352. DOI: 10.1038/s41746-024-01137-1. URL: <https://www.nature.com/articles/s41746-024-01137-1> (besucht am 25.07.2024).
- [4] Mitchell Tang u. a. „Effects of Remote Patient Monitoring Use on Care Outcomes Among Medicare Patients With Hypertension: An Observational Study“. en. In: *Annals of Internal Medicine* 176.11 (Nov. 2023), S. 1465–1475. ISSN: 0003-4819, 1539-3704. DOI: 10.7326/M23-1182. URL: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M23-1182> (besucht am 20.08.2024).

STATEMENT

Innovation und Standortfrage: Wie sichern wir die Versorgung in Deutschland?

Dr. rer. pol. Claus Michelsen, Geschäftsführer Wirtschaftspolitik, Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Berlin

Deutschland steht in einer tiefgreifenden Transformations- und Wachstumskrise. Die großen Herausforderungen – Demografie, Digitalisierung, geopolitische Spannungen – sind längst Realität. Sie verändern unser Wirtschaftsmodell fundamental und stellen uns vor die Frage, wie wir Versorgung langfristig sichern.

Was wir jetzt brauchen, sind Branchen, die Innovation, Produktivität und Krisenfestigkeit gleichermaßen vereinen – und damit Stabilität in einem Umfeld wachsender Unsicherheit schaffen. Die Pharmaindustrie zeigt eindrucksvoll, warum sie eine tragende Rolle für die Zukunft und die Versorgungssicherheit Deutschlands spielt.

1. Pharma ist eine hochinnovative Zukunftsindustrie – zentral für Versorgungssicherheit und Technologieführerschaft

Die Versorgung der Zukunft wird über Innovation gesichert. Nur wer in der Lage ist, neue Therapien, Technologien und Verfahren schnell zu entwickeln und in die Anwendung zu bringen, wird im globalen Wettbewerb bestehen – und die medizinische Versorgung im Land sichern.

Die Pharmaindustrie gehört dabei zu den stärksten Innovationsmotoren Deutschlands:

- 38 600 Euro F&E-Investitionen pro Beschäftigten – mehr als jeder andere große Industriezweig.
- Über 10 Milliarden Euro jährlich in Forschung und Entwicklung.
- Eine der drei zentralen Hightech-Industrien, die Deutschland im technologischen Wettbewerb tragen.

Diese Investitionen schaffen nicht nur Innovationen – sie schaffen Versorgungssicherheit:

- Neue Therapien, die in Deutschland entwickelt und produziert werden, können auch hier schneller verfügbar gemacht werden.
- Neue Technologien, die die Versorgungsprozesse modernisieren.
- Neue Geschäftsmodelle, die langfristige Stabilität im Gesundheitssektor ermöglichen.

Damit Europa in der Lage bleibt, eigene Innovationszyklen zu gestalten, braucht es aber eines: große Märkte für Innovationen. Nur wenn neue Therapien hier schnell zur Anwendung kommen können, wenn Zulassung und Erstattung innovationsfreundlich sind, entsteht ein Markt, der Skalierung zulässt.

Und ebenso wichtig ist: Wir brauchen große Märkte für Risikokapital. Die Entwicklung neuer Arzneimittel ist kapitalintensiv und mit hohen Risiken verbunden. Ohne starke private Finanzierungsstrukturen – wie sie die USA seit Jahrzehnten prägen – verliert Europa im globalen Wettbewerb. Innovation, Versorgungssicherheit und Standortpolitik hängen damit unmittelbar zusammen.

2. Pharma schafft hochproduktive, zukunftssichere Arbeitsplätze – und stabilisiert so den Standort

Während viele Industriezweige seit 2020 Beschäftigung abbauen – insgesamt rund 5 Prozent –, wächst die Pharmaindustrie entgegen dem Trend um 18 Prozent. Das ist kein Zufall, sondern Ausdruck einer strukturell starken Branche.

Pharma steht für:

- Über 210 000 Euro Wertschöpfung pro Beschäftigten – doppelt so viel wie der industrielle Durchschnitt.
- Moderne, hochwertige und inklusive Arbeitsplätze mit hohem Qualifikationsniveau und dem höchsten Frauenanteil der Industrie.
- Hohe Tarifbindung und stabile Beschäftigungsverhältnisse.

Für einen alternden Standort mit wachsendem Fachkräftemangel bedeutet das: Nur Branchen mit hoher Produktivität und hoher Innovationsorientierung können langfristig Versorgung und Wohlstand sichern.

Pharma schafft:

- Stabilität durch gute Löhne und hohe Qualifikation,
- Resilienz über krisenfeste Beschäftigung,
- regionale Wertschöpfung durch moderne Kapazitäten im Land.

Und genau diese Faktoren sind entscheidend dafür, ob wir medizinische Versorgung künftig noch in Deutschland sichern können – oder von internationalen Lieferketten abhängiger werden.

3. Pharma stärkt den Standort durch Exportstärke und starke Wertschöpfungsnetze

Pharma ist weit mehr als ein Industriezweig – sie ist ein Wertschöpfungsnetzwerk, das tief in den Standort hineinwirkt:

- 8 Prozent der gesamten deutschen Exporte entfallen auf Pharmazeutika.
- Der Exportüberschuss liegt bei über 20 Milliarden Euro.
- Kaum ein Wirtschaftszweig ist erfolgreicher auf globalen Märkten.

Entscheidend ist aber: Pharma erzeugt starke Multiplikatoreffekte.

- Jeder Euro Produktion erzeugt 1,5 Euro zusätzliche Produktion in anderen Sektoren.
- Bei der Wertschöpfung sogar zwei Euro – der höchste Wert aller Industrien.

Das macht die Pharmaindustrie zu einem zentralen Baustein für die Erneuerung der industriellen Basis – und damit zu einem entscheidenden Faktor für Versorgungssicherheit im Inland. Denn nur ein wirtschaftlich starker Standort kann dauerhafte Versorgungsstrukturen finanzieren, modernisieren und stabil halten.

Was folgt daraus für die Industriepolitik?

Wenn wir Versorgungssicherheit in Deutschland langfristig sichern wollen, braucht es eine Industriepolitik, die die zentralen Standortfaktoren stärkt:

1. Innovationskraft stärken
– innovationsfreundliche Regulierung, starke Forschungslandschaften, digitale Verfahren, klinische Forschung im Land.
2. Investitionen anschieben und Risikokapital mobilisieren
– steuerliche Anreize, bessere Abschreibungsmöglichkeiten, große und liquide Risikokapitalmärkte, die Wachstum finanzieren können.
3. Industrielle Skalierung beschleunigen
– schnellere Verfahren, zügige Produktionsgenehmigungen, strategischer Ausbau großer Innovationsmärkte.
4. Arbeitsmarkt modernisieren
– Zuwanderung, Weiterbildung, Qualifizierung, bessere Bedingungen für Quereinstiege.

Nur wenn diese Bedingungen erfüllt sind, kann Pharma seine Rolle als Schlüsselindustrie voll entfalten – und damit auch einen zentralen Beitrag zur Versorgungssicherheit leisten. Wenn wir die

wirtschaftliche Erneuerung ernst nehmen und die Frage beantworten wollen, wie wir die Versorgung in Deutschland langfristig sichern, müssen wir auf Branchen setzen, die:

- technologische Souveränität ermöglichen,
- hochproduktive und gute Arbeitsplätze schaffen,
- Innovationskraft in Versorgung umsetzen,
- international wettbewerbsfähig sind.

Pharma ist kein Nischensektor. Pharma ist eine Schlüsselindustrie – für Innovation, Versorgungssicherheit, Wachstum und Resilienz.

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, November 2025

STATEMENT

Gesundheitssystem am Limit – wie bleibt die Versorgung auch in Krisenzeiten stabil?

Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Wir haben in Deutschland ein in einigen Beziehungen einmaliges Gesundheitssystem. Das Prinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, „die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Leistungserbringer organisieren sich ... selbst in Verbänden, die in eigener Verantwortung die medizinische Versorgung der Bevölkerung übernehmen“ ([Das Prinzip der Selbstverwaltung | BMG](#)). Die Kosten für alle Leistungen einschließlich des den Lohn ersetzenden Krankengeldes, die Evidenz basiert notwendig sind, werden nach Entscheidung im [Gemeinsamen Bundesausschuss \(G-BA\)](#) von den Kassen übernommen. Diese Kosten werden jetzt nach der „Öffentlichen Meinung“ als zu hoch angesehen, sei es, dass die Leistungen zu umfangreich sind oder ineffizient erbracht werden.

Es ist nicht Sache der Fachgesellschaften, volkswirtschaftliche Analysen anzustellen, letztlich haben diese und darauf beruhende Steuerungsversuche auch bis heute nicht zu einer Eindämmung der Kosten geführt. Ein Grund dürfte die Vielschichtigkeit des Problems sein. Änderungen in der Gesundheitsgesetzgebung, die derzeit in Planung sind, zielen vor allem darauf ab, ökonomische Anreize für Überversorgung abzuschaffen, da darin ein wesentlicher Grund für die Kostensteigerung im Gesundheitssystem gesehen wird. Alle bisherigen ökonomischen Maßnahmen einschließlich der DRG haben allerdings nicht für eine Kostendämpfung gesorgt. Auch die Dominanz von Wirtschaftsfachleuten in den Vorständen von Krankenhäusern hat nicht generell zu positiven betriebswirtschaftlichen Ergebnissen geführt, vielleicht durch Ausrichtung an Rentabilität sogar zur Verteuerung des Gesundheitssystems insgesamt. Gesundheitsökonomien bedienen sich marktwirtschaftlicher Prinzipien in einem in Deutschland von der Solidargemeinschaft getragenen Gesundheitssystem, dessen Finanzierung historisch gewachsen ist, wodurch die tatsächlichen Kosten in vielen Bereichen häufig nicht korrekt widerspiegelt sind. Die Regelung des Marktes durch Angebot und Nachfrage funktioniert offenbar nicht, das Gesundheitssystem setzt sein „marktwirtschaftlich notwendiges“ Wachstum ungebremst fort, während das Wachstum des Bruttosozialprodukts sich verlangsamt, ja stagniert

Eine Chance für eine Ökonomisierung im Gesundheitswesen besteht in Effizienzsteigerung durch Digitalisierung und Bürokratieabbau. Forschung sollte durch die Vorgabe wissenschaftsbasierter Entscheidungen und Prozesse auch zum Bürokratieabbau, zum Beispiel durch Reduktion notwendiger Kontrollen führen. Wissenschaft kann aber auch belegen, was überflüssig ist, weil diagnostisch nicht weiterführend oder nachweislich ohne Wirkung. Versorgungsforschung kann

darüber hinaus belegen oder widerlegen, ob Maßnahmen in der praktischen Umsetzung sinnvoll sind oder zusätzliche Fragen bearbeitet werden sollten. Die Evidenz wird in wissenschaftlichen Leitlinien von den Fachgesellschaften nach standardisierten Vorgaben erarbeitet und klassifiziert. Allerdings werden aus unterschiedlichen Gründen die Empfehlungen aus den Leitlinien nicht immer in der Praxis umgesetzt. Hieraus ergibt sich eine wissenschaftliche Definition von Unter- oder Überversorgung, mit der sich in Deutschland die von der DGIM initiierte Aktion „Klug Entscheiden“ beschäftigt. In einem fortschreitenden Prozess werden „diagnostische und therapeutische Maßnahmen identifiziert, die häufig nicht fachgerecht erbracht werden“, und daraus praktische Empfehlungen abgeleitet

In digitaler Form vorliegende evidenzbasierte Leitlinien können genutzt werden, um durchgeführte Prozeduren zu bewerten. Bei allem muss Raum für die individuelle, von Arzt und Patienten einvernehmlich getroffene, aber ethisch und medizinisch nachvollziehbare Entscheidung bleiben, die entsprechend respektiert und honoriert werden muss.

Es gilt das gesprochene Wort!
Würzburg, November 2025