

Vor abschließenden Beratungen über GKV-Sparpaket

DGVS: Wer bei Prävention spart, wirtschaftet nicht nachhaltig

Berlin, Juli 2026 – Wer bei evidenzbasierter und leitliniengerechter Prävention und Früherkennung spart, wirtschaftet nicht nachhaltig. Denn in der Folge werden Krankheiten später und teurer behandelt und verursachen unnötiges Leid und berufliche Ausfälle bei Betroffenen. Darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V. (DGVS) im Vorfeld der anstehenden Lesungen im Bundestag für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz hin. Der Gesetzentwurf sehe ausgerechnet dort Kürzungen vor, wo Krankheiten früh erkannt oder verhindert werden.

Die Darmkrebsvorsorge gilt als große Erfolgsgeschichte moderner Präventionsmedizin. Internationale Studien belegen, dass die Darmkrebsinzidenz in Ländern mit einem vom Kostenträger finanzierten Vorsorgeprogramm signifikant gesunken ist – so auch in Deutschland. „Bei der Vorsorgekoloskopie können wir nicht nur Darmkrebs früh in heilbaren Stadien erkennen, sondern als einzige Krebsvorsorgemaßnahme die Entstehung eines Karzinoms durch Entfernung von Vorstufen sogar verhindern!“, erklärt Prof. Dr. med. Heiner Wedemeyer, Präsident der DGVS. „Umso wichtiger ist es, dass erfolgreiche und evidenzbasierte Präventions- und Früherkennungsprogramme wie die Vorsorgekoloskopie und das Hepatitis-Screening durch das GKV-Sparpaket nicht eingeschränkt werden“, so der Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie und Endokrinologie der Medizinischen Hochschule Hannover.

Präventionspolitik mit doppeltem Boden

Der aktuelle Entwurf zur GKV-Beitragssatzstabilisierung sieht vor, dass Vorsorge- und Präventionsleistungen künftig in eine eigene, begrenzte Gesamtvergütung überführt werden sollen. Die Höhe dieses Budgets soll sich zunächst an den Ausgaben des Jahres 2025 orientieren und danach nur begrenzt steigen. „Diese Regelung ist mit Blick auf die Vorsorgekoloskopie sehr problematisch und könnte im Effekt dazu führen, dass weniger Patientinnen und Patienten Zugang zu dieser Art der Vorsorge erhalten“, warnt Professor Dr. med. Leopold Ludwig, der im DGVS-Vorstand die Ambulante Gastroenterologie vertritt. Denn für eine Vorsorgekoloskopie müssen Praxen speziell geschultes Personal, Geräte und

Räumlichkeiten vorhalten. Wenn mehr Menschen die Vorsorge in Anspruch nehmen oder Kosten für Personal, Geräte und Qualitätssicherung steigen, wächst das Budget nicht automatisch entsprechend mit. „Ist das Budget ausgeschöpft, wird jede weitere Vorsorgekoloskopie für Ärztinnen und Ärzte zum wirtschaftlichen Risiko – obwohl gerade diese Untersuchung zu den wirksamsten überhaupt in der Früherkennungsmedizin gehört“, so der Experte.

Die DGVS fordert deshalb, evidenzbasierte Krebsfrüherkennung und leitliniengerechte koloskopische Nachsorge ausdrücklich vor faktischer Budgetierung zu schützen. Der Zugang zur Koloskopie dürfe weder durch sektorale Ausgabenobergrenzen noch durch mittelbare Fehlsteuerungen eingeschränkt werden. Dies gelte für die Primärprävention ebenso wie für die Nachsorge nach Polypektomie oder kolorektalem Karzinom.

Rabattverträge: Niedrigster Preis darf nicht das entscheidende Kriterium sein

Kritisch bewertet die Fachgesellschaft auch geplante Regelungen zu gruppenbezogenen Rabattverträgen bei patentgeschützten Arzneimitteln. Die DGVS unterstützt ausdrücklich das Ziel, den Preiswettbewerb zwischen therapeutischen Alternativen zu stärken.

Gruppenbezogene Rabattverträge dürfen jedoch nur dort eingesetzt werden, wo Arzneimittel in der leitliniengerechten Versorgung eindeutig austauschbar sind – etwa bei vergleichbarer Wirksamkeit und Sicherheit, identischen Zulassungsbestimmungen sowie vergleichbaren Patientengruppen. „Gerade bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen der Verdauungsorgane ist die Therapieentscheidung häufig sehr individuell auf die Patientin oder den Patienten zugeschnitten“, erklärt Professorin Dr. med. Birgit Terjung, Mediensprecherin der DGVS.

Faktoren wie Begleiterkrankungen, Verträglichkeit und die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten spielen eine relevante Rolle. „Rabattverträge dürfen nicht dazu führen, dass die im AMNOG-Verfahren festgestellte Nutzenbewertung und der Zusatznutzen einzelner Wirkstoffe im Versorgungsalltag unterlaufen werden. Maßgeblich muss weiterhin die medizinisch beste Therapie für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten bleiben, nicht allein der niedrigste Preis“, sagt die Chefärztin der Inneren Medizin am St. Josef Hospital der GFO Kliniken Bonn.

Wie ernst ist es der Politik mit der Stärkung der Prävention?

Die DGVS sieht im Gesetzentwurf deshalb ein widersprüchliches Signal. Einerseits will die Gesundheitspolitik erklärtermaßen die Prävention stärken; andererseits könnten erfolgreiche, evidenzbasierte und leitliniengerechte Früherkennungsleistungen durch neue Budgetmechanismen geschwächt werden. „Wer an Prävention und Früherkennung spart,

wirtschaftet nicht nachhaltig“, sagt DGVS-Präsident Wedemeyer. „Krankheiten werden dadurch nicht verhindert, sondern nur später erkannt. Ihre Auswirkungen werden für die Patientinnen und Patienten schwerer, und die Behandlung wird meist deutlich teurer“, betont auch Mediensprecherin Terjung. Eine Budgetkürzung bei Präventionsmaßnahmen würde genau das Gegenteil des Zieles des Gesetzes bewirken und die Kosten im Gesundheitswesen mittelfristig deutlich steigern!

Die Fachgesellschaft fordert daher Nachbesserungen im Gesetzgebungsverfahren: Evidenzbasierte und leitliniengerechte Präventions- und Früherkennungsleistungen mit nachgewiesenem Nutzen für Patientinnen und Patienten wie die Darmkrebsvorsorge, die koloskopische Nachsorge oder das Hepatitis-Screening müssen vor einer faktischen Budgetierung geschützt werden. Zugleich fordert die DGVS, dass gruppenbezogene Rabattverträge auf medizinisch eindeutig austauschbare Arzneimittel begrenzt werden.

Quellen und weiterführende Informationen

Cardoso R, Guo F, Heisser T et al. Colorectal cancer incidence, mortality, and stage distribution in European countries in the colorectal cancer screening era: an international population-based study. The Lancet Oncology 2021; 22 (7): 1002–1013. doi:10.1016/S1470-2045(21)00199-6

Hüppe D, Serfert Y, Cornberg M, Wedemeyer H, et al. Deutlicher Anstieg neu diagnostizierter Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Fälle nach Einführung des Screenings in die allgemeine Gesundheitsuntersuchung (ehemals „Check-up 35“) in Deutschland. Z Gastroenterol. 2025; 63(1):31–38. doi: 10.1055/a-2435-5069

Lynen Jansen P, Michl P, Rösch T, Siegmund B, Seufferlein T, Tacke F, Wedemeyer H. Prävention in der Gastroenterologie [Prevention in Gastroenterology]. Z Gastroenterol. 2026;64(6):667-679. German. doi: 10.1055/a-2697-3893. Epub 2026 Apr 21. PMID: 42013868.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V. (DGVS) wurde 1913 als wissenschaftliche Fachgesellschaft zur Erforschung der Verdauungsorgane gegründet. Heute vereint sie über 7000 in Klinik und Forschung tätige Ärztinnen und Ärzte unter einem Dach. Die DGVS fördert sehr erfolgreich wissenschaftliche Projekte und Studien, veranstaltet Kongresse und Fortbildungen und unterstützt aktiv den wissenschaftlichen Nachwuchs. Ein besonderes Anliegen ist der DGVS die Entwicklung von Standards und Behandlungsleitlinien für die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Verdauungsorgane – zum Wohle der Patientinnen und Patienten.