

# OPG 16 | 2026

Auszug  
OPG-Ausgabe  
16-2026

**Operation Gesundheitswesen • »Wir erklären Gesundheitspolitik«**

24. Jahrgang – Gesundheitspolitische Nachrichten und Analysen der  
Presseagentur Gesundheit • ISSN 1860-8434

## INHALT | Auszug Ausgabe 16 vom 10. Juni 2026



© imago, IPON



© pag, Fiolka



© stock.adobe, Yakobchuk Olena

Sozialer und politischer Sprengstoff.....	Seite 2
Geplante Pflegereform ist ein schweres Belastungspaket	
Selbst der Ethikrat wird eingeschaltet.....	Seite 8
Vor erster Bundestagslesung nimmt Protest gegen Spargesetz zu	
Gerangel um die Primärversorgung.....	Seite 12
Selbstbewusste Apotheker bringen Ärztefunktionäre in Rage	
Wer ist Sonja Optendrenk?.....	Seite 14
Die promovierte Volkswirtin wird Unparteiische Vorsitzende im G-BA	

## INTERVIEW

<b>Der Leitwolf geht</b> .....	Seite 18
G-BA-Chef Prof. Josef Hecken zieht im Abschiedsinterview Bilanz	

## MELDUNGEN

BMG beanstandet Psychotherapie-Honorarkürzung nicht.....	Seite 26
Schreyögg über HzV: Nur bedingte Steuerungswirkung.....	Seite 27
IQWiG ermittelt die ersten sechs Mindestvorhaltezahlen.....	Seite 28
Übergangslösung sichert ambulante OPs bei Kindern.....	Seite 29
Personalien.....	Seite 30
<b>Impressum</b> .....	Seite 32

## INTERVIEW

## ■ Der Leitwolf geht

G-BA-Chef Prof. Josef Hecken zieht im Abschiedsinterview Bilanz

Berlin (opg) – Er hat die Gesundheitspolitik und insbesondere die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung über viele Jahre geprägt wie nur wenige: Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Schon bald übergibt er den Staffelstab an Dr. Sonja Optendrenk. In seinem Abschiedsinterview in der Presseagentur Gesundheit geht es um Dauerbaustellen des Gesundheitswesens und politische Reizthemen wie Rationierung. Außerdem erklärt Hecken, warum er den G-BA aus der „Ecke der Finsternis“ herausgeholt hat.

**opg:** Herr Prof. Hecken, warum geben Sie Ihren Posten nach 14 Jahren auf?

**Prof. Josef Hecken:** Mein Plan war eigentlich, vier der sechs Amtsjahre zu machen. Aufgrund persönlicher Umstände – meine Schwiegereltern sind dement und brauchen mehr familiäre Unterstützung – ist das nicht mehr möglich. Denn den G-BA kann man nur ganz oder gar nicht machen. Einen Mittelweg gibt es nicht. Ich habe meine Funktion so verstanden, immer präsent zu sein und mich im Zweifel auch am Wochenende bei Fachgesellschaften und Institutionen kritischen Diskursen zu stellen. Den Vorsitz kann man nicht als einen Job von morgens 9 bis nachmittags 17 Uhr machen. Damit wäre ich meinen eigenen Ansprüchen nicht mehr gerecht geworden. Dabei bereitet mir die Arbeit noch unheimlich viel Spaß – denn gerade im Augenblick reizt vieles meinen Zorn (*lacht*).

**opg:** Wir hatten schon vermutet, die Ministerin hätte Sie aus dem Amt getrieben.

### Zur Person

Er hat als Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) das letzte Wort, wenn kein Votum für die Aufnahme einer Therapie in den GKV-Leistungskatalog zustande kommt. Prof. Josef Hecken hat dieses Amt seit 2012 inne, seit 2015 auch den Vorsitz des Innovationsausschusses beim G-BA. Im gleichen Jahr bekommt er den Titel Professor durch die Regierung des Saarlandes in Würdigung seiner Verdienste in Wissenschaft und Forschung verliehen. Weitere berufliche Stationen des Juristen waren unter anderem Präsident des Bundesversicherungsamtes (heute: Bundesamt für Soziale Sicherung) und Gesundheitsminister des Saarlandes.



**Hecken:** Nein, im Gegenteil. Die Ministerin hat mich animiert, weiterzumachen, wie auch die Träger. Man kann zwar versuchen, aus meinem Rücktritt einen dramatischen, ja auch tragischen Roman zu schreiben. Aber die Realität gibt das nicht her, da kann ich leider nichts bieten.

**opg:** „Mehr Patientenorientierung“ lautet eine gesundheitspolitische Evergreen-Forderung. Damit haben sich Taskforces, Symposien und dergleichen mehr befasst. Doch wirklich erreicht wurde nicht wirklich etwas, oder?

**Hecken:** Aus meiner Sicht ist viel geredet worden, aber das betrifft nicht nur die Patientenorientierung, sondern ebenso die Fragen der Finanzierung und der Zugangsgerechtigkeit. Bei der Patientenorientierung steht vieles noch unbeackert auf der Agenda – wie etwa sauber definierte Versorgungspfade und deren Übersetzung in verbindliche Behandlungsstrukturen. Dabei wäre gerade die Definition von Patientenpfaden bei häufigen, aber unproblematischen Erkrankungen, aber auch bei schwereren Erkrankungen, das A und O für eine qualitätsgesicherte Versorgung. Trotz des Bedarfs haben wir hier also nach wie vor Brachland, nach wie vor ein eher theoretisch diskutiertes Thema. Allerdings ist der G-BA erstaunlicherweise – schließlich werden wir stets als die Inkarnation der Langsamkeit apostrophiert – mit Patientenbefragungen als einem Instrument der patientenorientierten Qualitätssicherung am weitesten. Aber es bleibt noch unendlich viel zu tun.

**opg:** Die Trennung zwischen ambulant und stationär erweist sich als beständiger als die innerdeutsche Grenze, wie Sie einmal selbst bemerkt haben. Wie lange muss Ihre Nachfolgerin im Amt bleiben, um eine Versorgung aus einem Guss zu erleben?

**Hecken:** In vielleicht 40 Jahren könnten wir dem etwas nähergekommen sein. Natürlich werden wir auch kurzfristig Strukturveränderungen erleben, die aber schlicht und ergreifend durch die normative Kraft des Faktischen geprägt werden. Wir haben es nicht nur mit einem Mangel an Geld zu tun. Sondern viel wichtiger: Wir werden aufgrund der Demografie steigende Versorgungsbedarfe auf der einen Seite haben, auf der anderen Seite aber auch Verknappungen auf der Leistungserbringerseite erleben. Deswegen werden die üblichen Verteilungskämpfe um das Geld zunehmend in den Hintergrund treten, weil wir über die personellen Ressourcen nicht mehr verfügen. Mir gefiel daher die Idee von Herrn Lauterbach – und mir gefielen nicht viele Einfälle von ihm – mit den sektorenübergreifenden Versorgungs-



„Wir werden aufgrund der Demografie steigende Versorgungsbedarfe auf der einen Seite haben, auf der anderen Seite aber auch Verknappungen auf der Leistungserbringerseite erleben.“

einrichtungen zu versuchen, dass ambulante und stationäre Versorgung ein Stück weit harmonisiert nebeneinander existieren.

**opg:** Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt den Leistungskatalog der GKV. Woher weiß der G-BA, wie viel Geld die GKV ausgeben kann?

**Hecken:** Wir haben natürlich allgemein zugängliche Publikationen, wie auch Ihre Veröffentlichungen, denen wir entnehmen können, ob im System mehr oder wenig Geld ist. Unsere Aufgabe ist es aber, solange wir in Deutschland noch keine QALYs (*quality adjusted life years, Anm. d. Red.*) haben, eine angemessene, wirtschaftliche, zweckmäßige Versorgung, die das Maß des ...

**opg:** ... da muss ich Sie unterbrechen, das wissen wir alles. Aber der Punkt ist doch: Sie geben Geld aus, aber Sie wissen nicht, wie viel Sie ausgeben können. Wir haben eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik – ein schönes Schlagwort, aber was heißt das? An welchen Einnahmen müssen Sie sich orientieren?

**Hecken:** Der G-BA ist untergesetzlicher Normgeber und kein Geldausgeber. Das Geld geben die Krankenkassen primär auf Basis der gesetzlichen Rahmenbedingungen und nachgelagert auf Basis unserer Konkretisierungen aus. Wir haben als G-BA den Auftrag, anhand der gesetzlichen Kriterien „angemessen, wirtschaftlich und zweckmäßig sowie qualitätsgesichert“ Details des Leistungsangebots zu definieren. Damit komme ich wieder zu der Stelle, an der Sie mich eben unterbrochen haben. Nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichts handelt es sich beim gesetzlich vorgesehenen GKV-Leistungsangebot aber um keine „Billigheimerversorgung“, sondern um eines auf dem neuesten Stand der Wissenschaft. Auf dieser Basis haben wir – und zwar losgelöst von den damit verbundenen Kosten – wissenschaftliche Bewertungen vorzunehmen: Ist eine bestimmte Methode oder ein bestimmtes Medikament von medizinischem Nutzen für den Patienten? Nach der Zusatznutzenbewertung eines neuen Arzneimittels führen dann andere Erstattungsbeitragsverhandlungen. Wir sind glücklicherweise nicht das NICE (*National Institute for Health and Care Excellence, Anm. d. Red.*), das Entscheidungen über einen Zusatznutzen mit der Frage verbinden muss: Können wir uns das in diesem System leisten? Das ist nicht der gesetzliche Auftrag des G-BA.



„Der G-BA ist untergesetzlicher Normgeber und kein Geldausgeber. Das Geld geben die Krankenkassen primär auf Basis der gesetzlichen Rahmenbedingungen und nachgelagert auf Basis unserer Konkretisierungen aus.“

**opg:** Keiner will QALYs in Deutschland. Das wurde schon mehrfach diskutiert.

**Hecken:** Genau deshalb verstehe ich die Fragestellung nicht.

**opg:** Wir leben über unsere Verhältnisse in der GKV. Da man oben die Schraube mit den Beitragssätzen nicht höher drehen darf, muss man unten gucken, was noch in den Leistungskatalog hineinkommt und was nicht.

**Hecken:** Ja, aber das muss der Gesetzgeber tun beziehungsweise den G-BA mit entsprechenden Entscheidungen beauftragen. Wenn er mir Entscheidungen auf der Basis, dass ein gesundes Lebensjahr nur noch maximal einen Wert von x Euro haben darf, auferlegt oder er festlegt, dass bestimmte End-of-Line-Therapien für bestimmte Personen nicht mehr verfügbar sein sollen, dann berücksichtige ich das. Momentan ist das aber außerhalb des Handlungsauftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses und entsprechend würden solche Entscheidungen unsere demokratische Legitimation überschreiten. Derzeit wird in einem Normkontrollverfahren zu der vergleichsweise trivialen Festlegung von Mindestmengen für sehr anspruchsvolle planbare stationäre Leistungen geprüft, ob der G-BA überhaupt über die demokratische Legitimation verfügt, Krankenhäuser sozusagen von der Erbringung bestimmter Leistungen auszuschließen. Trotzdem gebe ich Ihnen in einer Hinsicht recht.

**opg:** Tatsächlich?

**Hecken:** Was Sie adressiert haben, erlebe ich mittlerweile auf vielen onkologischen Fachveranstaltungen, auf denen insbesondere jüngere Onkologen die Sinnhaftigkeit von Ausgaben für die siebte Therapielinie in Frage stellen, wenn man für das gleiche Geld anderen Patienten ein besseres Antidiabetikum verordnen könnte. Diese Verteilungsdebatten werden geführt.

**opg:** Angesichts der prekären GKV-Finzen, des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts: Wie lange behält das Glaubensbekenntnis, dass jeder alles bekommt und es keine Rationierung gibt, seine Gültigkeit?

**Hecken:** Wenn die Finanzentwicklung ohne parallele Strukturreformen so fortschreitet, müssen wir in der nächsten Dekade ernsthaft darüber diskutieren, welche gravierenden Maßnahmen anstehen.

**opg:** Woran denken Sie?

**Hecken:** Bei den Arzneimitteln befinden wir uns in Deutschland in der luxuriösen Situation, dass es keine vierte Hürde gibt – im Unterschied zu jedem anderen europäischen Staat. Der große Vorteil: Die Wirkstoffe sind hierzulande nach 56 Tagen auf dem Markt. Bei einer onkologischen Erkrankung, die nur noch ein Jahr Über-



„Bei den Arzneimitteln befinden wir uns in Deutschland in der luxuriösen Situation, dass es keine vierte Hürde gibt – im Unterschied zu jedem anderen europäischen Staat.“

lebenszeit lässt, ist das ein großer Vorteil. Eine Verfügbarkeit in zwei Jahren könnten Sie nur noch aus dem Grab betrachten, das sage ich bewusst zynisch. Bevor wir QALYs einführen, würde ich über eine vierte Hürde diskutieren, obwohl ich persönlich dagegen bin.

**opg:** Hätten Sie weitere Vorschläge?

**Hecken:** Man könnte Ausgaben für aussichtslose, aber hochbelastende Therapien bei End-of-Line-Situationen in der Onkologie vermeiden – nicht als Rationierung, sondern mithilfe von interdisziplinären Beratungen, welche die Patientenautonomie erhalten und bei der gemeinsam das Pro und Contra weiterer Therapien abgewogen wird. Wenn man dann aber irgendwann auch über gesundheitsökonomische Parameter im Sinne von QALYs diskutieren müsste, wäre das natürlich ganz übel. Wir haben jetzt immer nur von der Onkologie gesprochen. Gucken wir aber mal auf Kinder mit seltenen angeborenen Erkrankungen, beispielsweise mit Spinalmuskelatrophie, bei denen sich die Frage der QALYs dann auch stellt. Deshalb war ich eben so schroff, als Sie die Frage der Ausgaben vor meine Haustür kehren wollten. Denn dabei handelt es sich um eine fundamentale Wertentscheidung, wie wir den Leistungsanspruch gesetzlich gestalten.



**opg:** Wenn es um das Aufbrechen verkrusteter Strukturen geht: Ist der G-BA dabei Teil der Lösung oder Teil des Problems?

**Hecken:** Natürlich Teil der Lösung, das meine ich völlig ernst. In der Krankenhausreform steht etwa vorne in x Paragrafen, dass es Leistungsgruppen, Strukturveränderungen und Qualitätsverbesserungen gibt. Hinten in den Übergangsvorschriften heißt es, dass im Bedarfsfall jeder machen darf, was er will. Das hat für mich nichts mit Aufbrechen von Strukturen zu tun. Der G-BA hat dagegen Anforderungen an Notfallstufen beschlossen, denen die Deutsche Krankenhausgesellschaft zuletzt zugestimmt hat. Auch die Länder waren dabei. Das ist das einzig Verbindliche, was von der qualitätsorientierten Krankenhausplanung übriggeblieben ist. Ein anderes Beispiel ist der Austausch von Biosimilars.

„In der Krankenhausreform steht etwa vorne in x Paragrafen, dass es Leistungsgruppen, Strukturveränderungen und Qualitätsverbesserungen gibt. Hinten in den Übergangsvorschriften heißt es, dass im Bedarfsfall jeder machen darf, was er will. Das hat für mich nichts mit Aufbrechen von Strukturen zu tun.“

**opg:** Können Sie das näher erläutern?

**Hecken:** Ich habe mir ein Jahr lang sinnbildlich Dresche eingeholt, habe es am Ende aber geschafft, im G-BA einen einstimmigen Beschluss herzustellen. Das Bundesgesundheitsministerium hat den Beschluss nicht beanstandet. Jetzt flattert mir parallel zu den gigantischen Sparbemühungen ein Änderungsantrag zum ApoVWG (*Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz, Anm. d. Red.*) auf den Tisch,

dem ich entnehme, dass man die nun möglichen Einsparungen von zwei Milliarden pro Jahr anscheinend nicht mehr möchte. Ein weiteres Beispiel für meine Bemühungen um Lösungen ist das Thema Evidenzgenerierung. Sie haben mehrfach meinen Appell vernommen, dass wir andere Möglichkeiten benötigen, weil es die klassische RCT (*randomized controlled trial, randomisierte kontrollierte Studie, Anm. d. Red.*) in der Präzisionsmedizin mit kleinen Patientengruppen nicht mehr geben wird.

**opg:** Was erwarten Sie konkret vom Gesetzgeber?

**Hecken:** ... dass er die Registerstudien zulässt. Meine Vorschläge dazu liegen längst auf dem Tisch. Wir diskutieren darüber schon seit drei Jahren. Im aktuellen Registergesetz habe ich dazu aber keinen Paragraphen gelesen und nun findet bereits die Anhörung im Ausschuss statt.

**opg:** Ihr Abschied naht: Sind Sie vor allem wehmütig oder freuen Sie sich auf weniger Verspannungen im Schulterbereich – von denen Sie vor unserem Interview erzählten?

**Hecken:** Ich bin natürlich wehmütig, das ist ganz klar. Ich stelle mich jetzt zwar freiwillig einer familiären Verpflichtung, aber der Job hat mir Spaß gemacht. Das haben Sie vermutlich auch immer gemerkt. Und von der Energie her wäre das auch noch gegangen (lacht).

**opg:** Worin bestand Ihre größte Herausforderung als G-BA-Chef?

**Hecken:** Eine gewisse Grundautorität aufzubauen, die manchmal mit einer gewissen verbalen Radikalität verbunden war. Die versetzte einen aber überhaupt erst in den Stand, bei den im Gremium sehr häufig widerstrebenden Interessen eine Steuerungsfunktion zu übernehmen, um möglichst viel Konsens herzustellen. Denn Selbstverwaltung und gemeinsame Selbstverwaltung führen sich ad absurdum, wenn am Ende 100 Prozent der Beschlüsse nur mit der 13. Stimme gefasst werden, schließlich ist das wesensstiftende Merkmal die Fähigkeit zum Konsens. Und diesen Konsens herbeizuführen, setzt eine gewisse Grundautorität voraus, was schon ein bisschen sportlich war.

**opg:** Sie waren vorher auch in Leitungspositionen.

**Hecken:** Es ist aber ganz entscheidend, die Leute mitzunehmen. Das muss man lernen. Und das war ganz wichtig – nicht wegen persönlicher Befindlichkeiten, sondern um den „Laden“ zusammenzuhalten.



„Worin bestand Ihre größte Herausforderung als G-BA-Chef?“

„Eine gewisse Grundautorität aufzubauen, die manchmal mit einer gewissen verbalen Radikalität verbunden war.“

**opg:** Was sehen Sie als Ihren größten Erfolg und als Ihre größte Niederlage?

**Hecken:** Ganz wichtig finde ich, dass ich den G-BA aus der „Ecke der Finsternis“ herausgeholt habe. Denn Transparenz ist für die Akzeptanz unserer Beschlüsse ganz entscheidend, ebenso wie die Bereitschaft, sich Kritik auch öffentlich zu stellen. Ein zweiter Punkt: Wir haben es geschafft, bei den Fristen für unsere Beratungen zu einem sehr guten Erfüllungsstand zu kommen – und das, obwohl die gesetzlichen Fristen verkürzt worden sind. Als Drittes würde ich noch das AMNOG nennen, dessen Scheitern viele anfangs prophezeit haben und das jetzt als Blaupause in Europa gilt. Da rechne ich mir auch einen persönlichen Anteil an. Weitere Erfolge sind beispielsweise die Qualitätssicherung über Mindestmengen und die bereits erwähnten Notfallstufen.

**opg:** Und die Misserfolge?

**Hecken:** Der größte Misserfolg ist sicherlich, dass es nicht gelungen ist, die Steuerungsprobleme in der psychotherapeutischen Versorgung zu lösen. Am schwersten wiederum ist mir die Entscheidung für den nicht-invasiven Pränataltest, den NIPT, gefallen. Die Frage, ob ich in bestimmten Fällen eine genetische Untersuchung vornehme, die in letzter Konsequenz möglicherweise dazu führen kann, dass Kinder mit Trisomie abgetrieben werden, ist aus meiner Sicht eine fundamental ethische Entscheidung. Das hätte der Gesetzgeber entscheiden müssen, dem ich in dieser Sache vier Jahre lang hinterhergelaufen bin. An den derzeitigen Zahlen erkennen wir, dass der Test von ganz jungen Frauen faktisch routinemäßig in Anspruch genommen wird. Und nicht nur von Schwangeren über 35 oder 40 Jahren, bei denen rechnerisch eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine genetische Abweichung des Kindes besteht.



**opg:** Sie haben viele Jahre Gesundheitspolitik aktiv mitgestaltet. Wie haben sich nach Ihrem Erleben Politik und politische Debatten in dieser Zeit verändert?

**Hecken:** Es ist immer seltener, die Fähigkeit anzutreffen, Entscheidungen zu fällen und sich dafür auch Dresche abzuholen. Das war früher anders, als es noch die Grundbereitschaft gab, Dinge, die gemacht werden müssen, durchzuziehen und sich dafür gemeinsam verprügeln zu lassen, dafür geradezustehen. Dazu besteht heute keine Bereitschaft mehr, weil alle Angst vor dem Elefanten im Raum, der AfD, haben. Diese Angst führt zu einer Lähmung. Das ist der maßgebliche Unterschied, den ich bemerke.

„Der größte Misserfolg ist sicherlich, dass es nicht gelungen ist, die Steuerungsprobleme in der psychotherapeutischen Versorgung zu lösen. Am schwersten wiederum ist mir die Entscheidung für den nicht-invasiven Pränataltest, den NIPT, gefallen.“

**opg:** Wir sind am Ende des Gesprächs angekommen. Jetzt ist nur noch Ihre Spontanität gefragt und wir würden Sie bitten, folgende Sätze zu vervollständigen:

- **Die meisten Gesundheitsminister und -ministerinnen verstehen nicht, dass ...**  
... der Themenbereich, den sie bearbeiten, neben allgemeinen finanzpolitischen Herausforderungen stets am Patientenwohl orientiert sein sollte.
- **Das größte gesundheitspolitische Missverständnis ist, ...**  
... dass die Menschen meinen, zu jeder Zeit an jedem Ort und für jede Trivialität zu Lasten der GKV eine Lösung vorfinden zu wollen, ohne dafür mehr Geld bezahlen zu müssen.
- **Meine Meinung grundlegend geändert habe ich beim Thema ...**  
... nichtinvasive Pränataldiagnostik und bei der Frage, wie wir mit genetischen Reihenuntersuchungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen umgehen, wenn es keine vernünftigen Behandlungsoptionen bei entsprechenden Ergebnissen gibt.
- **Meine liebste Lobbygruppe sind ...**  
... die Patientenvertreter.
- **Die größte Innovation des G-BA war ...**  
... dass wir uns nach außen geöffnet haben und so etwas wie Kundenorientierung, also sprich Transparenz, erzeugt haben und die Menschen beispielsweise unsere Entscheidungen via Livestream mitverfolgen können.
- **Der Innovationsfonds hat das Gesundheitswesen weitergebracht, weil ...**  
... wir die Versorgungsforschung strukturell auf die Beine gestellt haben und weil viele wichtige Themen durch die Projekte mit Evidenz unterlegt werden konnten – auch wenn sie wegen der Finanzknappheit im System nicht umgesetzt wurden.
- **Der letzte Satz gilt im Grunde Ihrer Nachfolgerin: Als Unparteiischer beim G-BA braucht es vor allem ...**  
... Faktenwissen, Überzeugungsfähigkeit und Mut.

*Das Gespräch mit Prof. Josef Hecken führten (von links) opg-Herausgeberin Lisa Braun, Redakteurin Antje Hoppe und Chefredakteur Christoph Starke. Die Fotos machte Anna Fiolka.*



◀ [zurück zum Inhalt](#)

## IMPRESSUM

OPG – Operation Gesundheitswesen, ISSN 1860-8434, 2017, 24. Jahrgang;  
pag- Presseagentur Gesundheit GmbH, Albrechtstraße 11, 10117 Berlin,  
Telefon: 030 - 318 649 - 0, Fax: 030 - 318 649 - 49, E-Mail: [news@pa-gesundheit.de](mailto:news@pa-gesundheit.de),  
Web: [www.pa-gesundheit.de](http://www.pa-gesundheit.de).

Geschäftsführer: Lisa Braun, Michael Pross, Herausgeberin: Lisa Braun

Redaktion: Lisa Braun (verantwortlich), Lukas Dirscherl, Antje Hoppe, Christoph Starke (Chefredakteur). Fotos, Layout: Anna Fiolka

Alle Texte und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. © PAG 2026. Es gelten ausschließlich die vertraglich vereinbarten Geschäfts- und Nutzungsbedingungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

### **Bitte beachten Sie die Nutzungsbedingungen**

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns unter 030 - 318 649 0. Vielen Dank.

1. Die vorliegende Einzelausgabe des OPG bzw. der vorliegende Auszug des OPG dient ausschließlich zur persönlichen Information der Person, der sie durch die Presseagentur Gesundheit zugesandt wurde.
2. Ebenso dienen die OPG-Auszüge, sofern sie über die OPG-Vollausgabe verlinkt sind, ausschließlich der persönlichen Information der Abonnenten entsprechend den gültigen Abo- und Nutzungsbedingungen.
3. Jede elektronische oder drucktechnische Vervielfältigung oder Verbreitung oder Veröffentlichung sowie die unbefugte Weiterleitung des Dienstes und/oder seiner Auszüge ist unzulässig.
4. Die komplette oder auch auszugsweise Übernahme von Inhalten des OPG in hauseigene Medien, Pressespiegel, Publikationen oder sonstige Veröffentlichungen sowie die Verwertung des OPG insgesamt ist ohne die schriftliche Genehmigung der PAG nicht gestattet.
5. Bei Nachweis der Nutzung unter Verstoß gegen diese Bedingungen (Missbrauch) ist die PAG zur Geltendmachung von Schadensersatz berechtigt.

- [Link zu unserer Datenschutzerklärung](#)

## »OPG – Operation Gesundheitswesen«

Der gesundheitspolitische Informationsdienst



BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt während einer Kaffeepause in der Öffentlichen Sitzung des Bundestags-Gesundheitsausschusses am 24. April 2024. © pag Weger

## Sprechstunde mit *Kaffeepause*

### Der OPG in Kürze

- Gesundheitspolitischer Infodienst
- Erstausgabe Januar 2003
- journalistisch, unabhängig
- werbe- und sponsorenfrei
- mind. 30 Ausgaben pro Jahr
- 20-30 Seiten je Ausgabe
- Versand als PDF-Datei
- zahlreiche Links zu Quellen und Originaldokumenten

### OPG testen und abonnieren

- Kostenloses Probeexemplar unter [www.pa-gesundheit.de](http://www.pa-gesundheit.de)
- 3 Monate Probeabo zum Sonderpreis
- Abos für Einzelleser u. Firmenkunden
- alle weiteren Details auf Faktenblatt



Download **Faktenblatt**  
und **Bestellformular**

