

Gesellschaft für Fortschritt in Freiheit e.V. Hannelore Thomas c/o
Postflex #624 Emsdettener Str. 10 48268 Greven
Landtag Nordrhein-Westfalen
Referat I.A.2/ A01
Frau Susanne Stall
Postfach 10 11 43
40221 Düsseldorf

Datum: 05. 11.2025

Reha-Land Nordrhein-Westfalen stärken – Rehabilitationseinrichtungen und Kurorte unterstützen! Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 18/13821

Schriftliche Stellungnahme von Andreas Weber, MD, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie; DAFOH (Doctors Against Forced Organ Harvesting dafoh.org) Deputy Director für Europa; ärztlicher Mitarbeiter eines der größten deutschen Rehabilitationszentren Deutschlands und Europas.

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Reha-Land Nordrhein-Westfalen stärken Rehabilitationseinrichtungen und
Kurorte unterstützen!
Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 18/13821

Medizin für den ganzen Menschen: Umsetzung des ACES-Modells für eine inklusive und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung

Stand der Dinge:

Das deutsche Gesundheitswesen steht massiv unter Druck. Sowohl die Patientenversorgung im ambulanten Sektor, als auch im klinischen Sektor sind frappierend. Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sind nicht mehr in der Lage, aus eigener Kraft, die entstehenden Behandlungskosten zu tragen. Auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) steht unter erheblichem Druck und hangelt sich von Monat zu Monat. Es ist fraglich, ob dauerhafte Zuschüsse von Bund und Ländern die Defizite in GKV und DRV dauerhaft ausgleichen und zu einer Verbesserung der Patientenversorgung beitragen können. Auch die bisherigen Reformen, wie beispielsweise die Krankenhausreform oder Reformierungen im Abrechnungssektor für Ärzte nach GoÄ, der privaten Krankenkassen (PKV), konnten die Patientenversorgung bisher nicht spürbar verbessern. Auch die

Infrastruktur der Gesundheitseinrichtungen, also die Erreichbarkeit von Leistungserbringern für Patienten hat sich durch Reformen, wie wir sie bisher hatten, nicht verbessert.

Zusätzlich hat sich bei den Patienten scheinbar eine Art Vollkaskomentalität eingeschlichen, welche eine materialistische Sichtweise auf den eigenen Körper und die eigene Gesundheit fördert. „Ich habe morgen meinen Checkup“, ist beispielsweise eine gängige Redewendung, welche impliziert, dass der untersuchende Arzt die volle Verantwortung für die Erkennung und zur Beseitigung möglicher Krankheiten und sogar auch Befindlichkeiten trägt.

Eigenverantwortung, wie beispielsweise in der alten traditionellen chinesischen Medizin, spielt im deutschen Gesundheitswesen eine untergeordnete Rolle und wird allenfalls darin interpretiert, dass man regelmäßig seine Tabletten nimmt und einigermaßen pünktlich zu Terminen und Interventionen erscheint.

Zu allem Übel ist die Pharmaindustrie scheinbar nicht darauf ausgerichtet einen Patienten zu heilen. Es ist in ihrer DNA verwurzelt auf Gewinnmaximierung aus zu sein. Ergo ist es viel lukrativer einen Patienten möglichst lebenslang als „Kunden“ zu haben. Natürlich ist der Patient nicht direkter Kunde der Pharmaindustrie, deshalb die Anführungszeichen, aber er ist der finale Konsument, welcher durch seine biologische Existenz primäres Zielobjekt für Behandlungen aller Art im Gesundheitswesen darstellt.

Somit ist es für die Akteure im Gesundheitswesen lohnend, das finale Zielobjekt Patient, möglichst lebenslang von Therapien jeglicher Art abhängig zu machen. Ihn also in einem gewissen Krankheitsstadium zu fixieren. Je chronischer eine Erkrankung ist, desto lukrativer für die Leistungserbringer. All das geht am Ende zu Lasten der Menschen, zu deren Leistungsfähigkeit und Gesunderhaltung, ein Gesundheitswesen einst initiiert wurde. Der einzelne Mensch zahlt am Ende die komplette Rechnung und das selbst wenn er nicht in das System mit eigenem Geld einzahlt. Am Ende zahlt ein jeder mit seiner Gesundheit und auch mit Geld.

Der Trend zum Anstieg von chronischen Erkrankungen ist nicht von der Hand zu weisen.

Nicht nur in Deutschland, sondern weltweit! Die Zahlen sind bekannt und einsehbar!

Es ist Zeit für ein Umdenken und neue Wege zu beschreiten und hierbei können Rehabilitationseinrichtungen und Kurorte die Schlüsselrolle spielen. Aber wie?

Das ACES-Modell

Die moderne Schulmedizin verfügt über außergewöhnliche technische Möglichkeiten, ist jedoch nach wie vor schlecht darauf ausgerichtet, die Gesundheit des Menschen als Ganzes zu betrachten. Eine fragmentierte Versorgung hat zu chronischen Krankheiten, Burnout bei Ärzten, Frustration bei Patienten und untragbaren Kosten geführt.

Das ACES-Modell für Gesundheit und Medizin – Anatomie, Chemie, Energie und Seele – wird als einheitlicher, vierdimensionaler Rahmen vorgeschlagen, der alle legitimen Heilmethoden umfasst und sie gleichzeitig für einen strategischen und kosteneffizienten Einsatz organisiert(1).

Das Modell ersetzt weder Chirurgie, Pharmakologie, Psychotherapie noch moderne Medizin, sondern ordnet sie in ein größeres, kohärentes, wertorientiertes System ein.

Hier soll auf die Umsetzung dieses Modells in der Praxis eingegangen werden, indem ich ACES in vier Systeme operationalisiere: 1) Finanzierung; 2) Ausbildung; 3) Praxis; und 4) Patientenbeteiligung. Durch die Ausrichtung dieser vier Systeme auf diesen Rahmen können Gesundheitssysteme vorhandene Ressourcen effizienter nutzen, Interventionen sinnvoll aufeinander abstimmen und sowohl Ärzten, Therapeuten als auch Pflegekräften wieder mehr Bedeutung verleihen anstatt redundant oder isoliert voneinander zu agieren.

Die moderne medizinische Versorgung ist hervorragend darin, Instrumente zu entwickeln, hat jedoch Schwierigkeiten, diese kohärent einzusetzen, und reagiert oft eher reaktiv als proaktiv. Präzisionsbildgebung, Gentechnik, Pharmakotherapie, minimalinvasive Chirurgie und digital unterstützte Therapien haben zwar zu einem Wandel geführt, doch die Gesundheitsergebnisse stagnieren weiterhin:

Schätzungsweise bis zu 30 Millionen Menschen in Deutschland leiden an chronischen Krankheiten, psychische Störungen nehmen weiter zu, und die Gesundheitsausgaben in Deutschland haben in 2023 500 Mrd. Euro überschritten, während die Lebenserwartung nachdem sie 2020 und 2021 sogar gesunken ist, sich in 2024 für Männer bei 78,5 und für Frauen bei 83,2 Jahren stabilisiert hat. Was aber immer noch einen Rückgang der Lebenserwartung zu Zeiten vor der Corona-Pandemie abbildet. Das Problem ist nicht ein Mangel an Therapiemöglichkeiten, sondern das Versagen einer kohärenten und organisierten Anwendung der verfügbaren Gesundheitssysteme.

ACES als inklusiver, klinischer Wegweiser

Ein zentraler Beitrag von ACES ist die Ablehnung der Trennung zwischen „konventioneller und alternativer Medizin“. Stattdessen bietet es eine funktionale Taxonomie. So fallen beispielsweise orthopädische Chirurgie, Bildgebung und regenerative Injektionen in den Bereich Anatomie, Pharmakologie, Hormonmodulation und Ernährung in den Bereich Chemie, Akupunktur, Biofeedback und Herzfrequenzvariabilitätstraining in den Bereich Energie und Psychotherapie, Vergebungsarbeit, narrative Medizin und Spiritualität in den Bereich Seele.

Viele Interventionen überschreiten Grenzen – beispielsweise umfasst die psychedelisch unterstützte Therapie Chemie, Energie und Seele; Akupunktur beeinflusst sowohl Anatomie als auch Energie.

Das ACES-Modell dient als Kompass für eine umfassende Orientierung, die den übermäßigen Einsatz von Lösungen aus einem einzigen Bereich reduziert, das Auslassen vernachlässigter Dimensionen verhindert und es Ärzten ermöglicht, zu verstehen, wo eine Zusammenarbeit oder Überweisung erforderlich ist. Es schafft auch eine gemeinsame Sprache, die die teamorientierte Versorgung sowie die Schulung und Aufklärung der Patienten erleichtert.

Operationalisierung von ACES in vier Bereiche

1. Erstattung: Reform der Richtlinien und Zahlungen

Das derzeitige Erstattungsumfeld belohnt Volumen und begünstigt Verfahren, die überwiegend in den Bereichen Anatomie und Chemie angesiedelt sind. Energie- und seelenbasierte Interventionen – wie z.B. traumainformierte Therapie, autonome Regulierung, spirituelle Beratung oder Ernährungsberatung – werden finanziell nach wie vor nur unzureichend unterstützt, obwohl sie in der Lage sind, Folgekosten und Leiden zu reduzieren.

Die Einführung von ACES in die Erstattungspolitik kann die Ausweitung wertorientierter Zahlungsmodelle umfassen, um Anreize für multidisziplinäre Versorgungspläne zu schaffen, die die Polypharmazie und Rücküberweisungen reduzieren; die Entwicklung von Pauschalzahlungen für chronische Erkrankungen, die sequenzielle Interventionen erfordern; und die ausdrückliche Übernahme der Kosten für nicht-pharmakologische und nicht-chirurgische Therapien, wenn diese mit messbaren Ergebnissen verbunden sind.

Innovationsprogramme des Bundes oder der Länder und private Kostenträger können ACES-zertifizierte Pilotkliniken fördern, um fundiertere Belege für Kosteneinsparungen und Ergebnisverbesserungen zu generieren, die beide bereits in begrenztem Umfang realisiert in den USA wurden. In einem ersten Schritt können Rehakliniken und Gesundheitseinrichtungen in Kurorten als ACES Pilotkliniken zertifiziert werden.

2. Ausbildung: Vorklinische und berufliche Ausbildung

Die medizinische Ausbildung ist nach wie vor stark reduktionistisch ausgerichtet. Nur wenige Studiengänge vermitteln den Studierenden die Fähigkeit, über physikalische, biochemische, energetische und molekulare Ebenen hinweg zu denken. Durch die Einbindung von ACES in die Lehrpläne würden Studierende der Medizin, Pflegewissenschaften, Psychologie, Physiotherapie und Sozialarbeit mit der Fallanalyse in vier Bereichen, der interdisziplinären diagnostischen Bewertung und dem Wahlfachstudium in kontemplativer Wissenschaft, Traumaphysiologie und sinnbezogener Pflege vertraut gemacht.

Fachschulen und Assistenzarztprogramme können zu ACES-orientierten Ausbildungsstätten werden, die Kliniker hervorbringen, die über ihren eigenen Bereich hinaus komfortabel zusammenarbeiten und gleichzeitig ihre Fachkompetenz aufrechterhalten.

3. Praxis: Versorgung im klinischen Betrieb

Ärzte arbeiten in Deutschland überwiegend in isolierten Fachgebieten, und Überweisungen erfolgen eher punktuell als integrativ. Das ACES-Modell bietet ein praktisches Orientierungssystem: Bewertungsinstrumente können strukturelle, biochemische, energetische und existenzielle Faktoren untersuchen; elektronische Gesundheitsakten können vierdimensionale Bereiche einbeziehen, sodass Teams behandelte und vernachlässigte Ebenen visualisieren können; und interdisziplinäre Fallbesprechungen können nach Bereichen strukturiert werden, was eine bewusste Abfolge von Interventionen fördert. Solche Systeme helfen Ärzten auch dabei, die Bedeutung ihrer Arbeit wiederzugewinnen, indem sie ihren Beitrag in einen ganzheitlichen Plan einbetten, anstatt isolierte Verfahren anzuwenden.

4. Patientenbeteiligung: Aufklärung und Befähigung der Öffentlichkeit

Patienten, die seit langem daran gewöhnt sind, ihre Gesundheit an Krankheitsmanagementsysteme zu delegieren, müssen die verschiedenen Dimensionen ihrer Gesundheit verstehen und befähigt werden, ihre Heilungsreise selbst in die Hand zu nehmen. Das ACES-Modell kann einen klaren Wegweiser für einen Behandlungsplan bieten und aufzeigen, wo Anatomie, Chemie, Energie und Seele in den Behandlungsplan eines Patienten passen.

Community-basierte Gruppen, die sich mit Traumabewältigung, Vergebung und Sinnfindung befassen, können die Nachfrage nach integrierten Dienstleistungen steigern und nachhaltige Veränderungen des Gesundheitsverhaltens unterstützen. In den Kliniken sollte die Aufklärung über die vier Dimensionen von ACES routinemäßig während der

Patientenbesuche erfolgen – mit Gesundheitsdienstleistern, die für diese Aufklärung geschult und vergütet werden.

Öffentliche Gesundheit als Parallelkonzept

Obwohl der Schwerpunkt dieser Stellungnahme auf der klinischen Umsetzung im Gesundheitswesen liegt, erfordert die öffentliche Gesundheit eine parallele Entwicklung, um bessere Gesundheitsergebnisse auf Bevölkerungsebene zu erzielen. Ein ACES-orientiertes System der öffentlichen Gesundheit würde sich von einem Top-down-Risikomanagement hin zu einer gemeinschaftlichen Initiative entwickeln:

Vermittlung von körperlichen und energetischen Übungen als Primärprävention, Wiederherstellung lokaler Ernährungssysteme, Förderung von Traumawissen und sozial-emotionalen Fähigkeiten sowie Verankerung von Sinnhaftigkeit und kultureller Kohärenz als Resilienzfaktoren. Diese Neuausrichtung könnte in einer speziellen politischen Arbeit angegangen werden, die von der klinischen Transformation getrennt ist, diese jedoch ergänzt.

Pilotprojekte und Bewertung: Aktueller Stand

Einige ausgewählte integrative Kliniken haben begonnen, das ACES-Modell informell anzuwenden (2,3,4,5), was zu einer Verringerung der Kosten, der Anzahl der Notaufnahmen und des Burnouts geführt hat; groß angelegte Studien wurden jedoch noch nicht durchgeführt.

Ein engagiertes Team arbeitet intensiv daran, über das Center for Medicare and Medicaid Innovationsprogramme in den USA und über das US National Institute for Health (NIH), private Versicherer und philanthropische Einrichtungen Finanzmittel für streng konzipierte Pilotstudien an mehreren Standorten zu sichern. Diese Pilotprojekte werden anhand mehrdimensionaler Messgrößen – vom Patienten berichtetes körperliches, emotionales und spirituelles Wohlbefinden, funktionelle Biomarker wie Entzündungsmarker und Herzfrequenzvariabilität sowie narrative Indikatoren für die Wiederherstellung der Identität – testen, ob eine koordinierte Versorgung in vier Bereichen die Qualität verbessert und die Kosten senkt. Diese Arbeit wird die Evidenzbasis für nachfolgende politische und zahlungsbezogene Reformen bilden.

Innovatoren, Geldgeber und politische Entscheidungsträger

Die Ausweitung des ACES-Modells erfordert die Zusammenarbeit zwischen Innovatoren – klinischen Unternehmern, Führungskräften im Gesundheitswesen und Technologieentwicklern, die bereichsspezifische elektronische Patientenakten und Referenznetzwerke erstellen – und Geldgebern oder politischen Entscheidungsträgern, die Anreize neu ausrichten können, um ganzheitliche Ergebnisse anstelle von Verfahrensvolumina zu belohnen. Philanthropische und sozial engagierte Investoren können ACES-Modellprojekte und gemeinsame Dateninfrastrukturen finanzieren. Arbeitgeber und Leistungsmanager können ACES-konforme Wellness- und Versorgungsnavigation in ihre Gesundheitsstrategien für Mitarbeiter integrieren.

Wenn Sie zu den genannten Innovatoren gehören und herausfinden möchten, wie Sie zur Verwirklichung des ACES-Modells beitragen können, laden wir Sie ein, uns Ihre Vorschläge

mitzuteilen, Ihr Interesse zu bekunden und sich für ACES-Updates in dieser kurzen Umfrage anzumelden: (<https://aceswell.com/survey/>).

Fazit

ACES beschreibt einen Fahrplan für Veränderungen auf mehreren Ebenen verschiedener Systeme. Durch die Einteilung der Maßnahmen in die Bereiche Erstattung, Ausbildung, Praxis und Patientenbeteiligung beschreibt dieses Modell, wie alle Heilungsmethoden kohärent und unter Berücksichtigung der finanziellen Verantwortung einbezogen und eingesetzt werden können. Rehaeinrichtungen und Kurorte könnten in solide finanzierten Pilotprojekten massiv unterstützt und gestärkt werden und gleichzeitig einen wesentlichen Beitrag zu einer Patientenzentrierten, kosteneffizienten Versorgung im Gesundheitswesen leisten.

Interessierte Innovatoren werden dazu aufgefordert, Ideen und Aufgaben vorzuschlagen, die sie bei der Umsetzung des ACES-Modells und der Umgestaltung des Gesundheitswesens zur ganzheitlichen Behandlung des Menschen übernehmen können.

(1)Yang J. A Health Declaration Grounded in Humanity, Science, and Wisdom: Reclaiming Health with the ACES Model. J Indep Med. 2025;1(3):239-244.

(2)Ornish D, et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. JAMA. 1998;280:2001-2007.

(3)Zadro JR, Stapleton P. Biofield therapies and autonomic regulation: a systematic review. Front Psychol. 2022;13:956423.

(4)Cleveland Clinic Center for Functional Medicine. Functional medicine improves HRQoL. BMJ Open. 2021;11:e041365.

(5)Veterans Affairs Office of Patient-Centered Care. Whole Health evaluation reports 2019-2023.