

02/2024



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin

Vorsicht, heiß!

Wie Hitze (nicht nur) das Gesundheitssystem
vor Herausforderungen stellt



Besondere Vorteile
für Mitglieder im
Hartmannbund!

Wir halten
Ihnen den
Rücken frei!

Die Deutsche Ärzteversicherung steht in jeder
Lebensphase hinter Ihnen – mit maßgeschneiderten
Finanz-, Versicherungs- und Vorsorgelösungen.

Das gilt auch für die Zeit **nach dem Berufsleben**.
Mit unseren Konzepten zur privaten Altersvorsorge
schaffen Sie die Grundlage für einen **aktiven
und unbeschwerten Ruhestand**.

So können Sie stets entspannt nach
vorn blicken!

Jetzt informieren: 0221 148-22700
oder www.aerzteversicherung.de

 Deutsche
Ärzteversicherung

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt
Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärztinnen und Ärzte
Deutschlands

liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die Auswirkungen des Klimawandels auf unsere Gesundheit sind eindeutig und offensichtlich. Wie unser Magazin-Titelthema zeigt – Hitzeschutz ist kein Randthema mehr, sondern eine zentrale Aufgabe, der wir uns als Ärztinnen und Ärzte stellen müssen. Zum diesjährigen Hitzeschutztag haben wir mit anderen Akteuren ein Zeichen gesetzt und einen gemeinsamen Forderungskatalog an die Politik vorgestellt: Ja, wir sind bereit, Verantwortung zu übernehmen und aktiv Maßnahmen zum Schutz unserer Patientinnen und Patienten zu ergreifen!

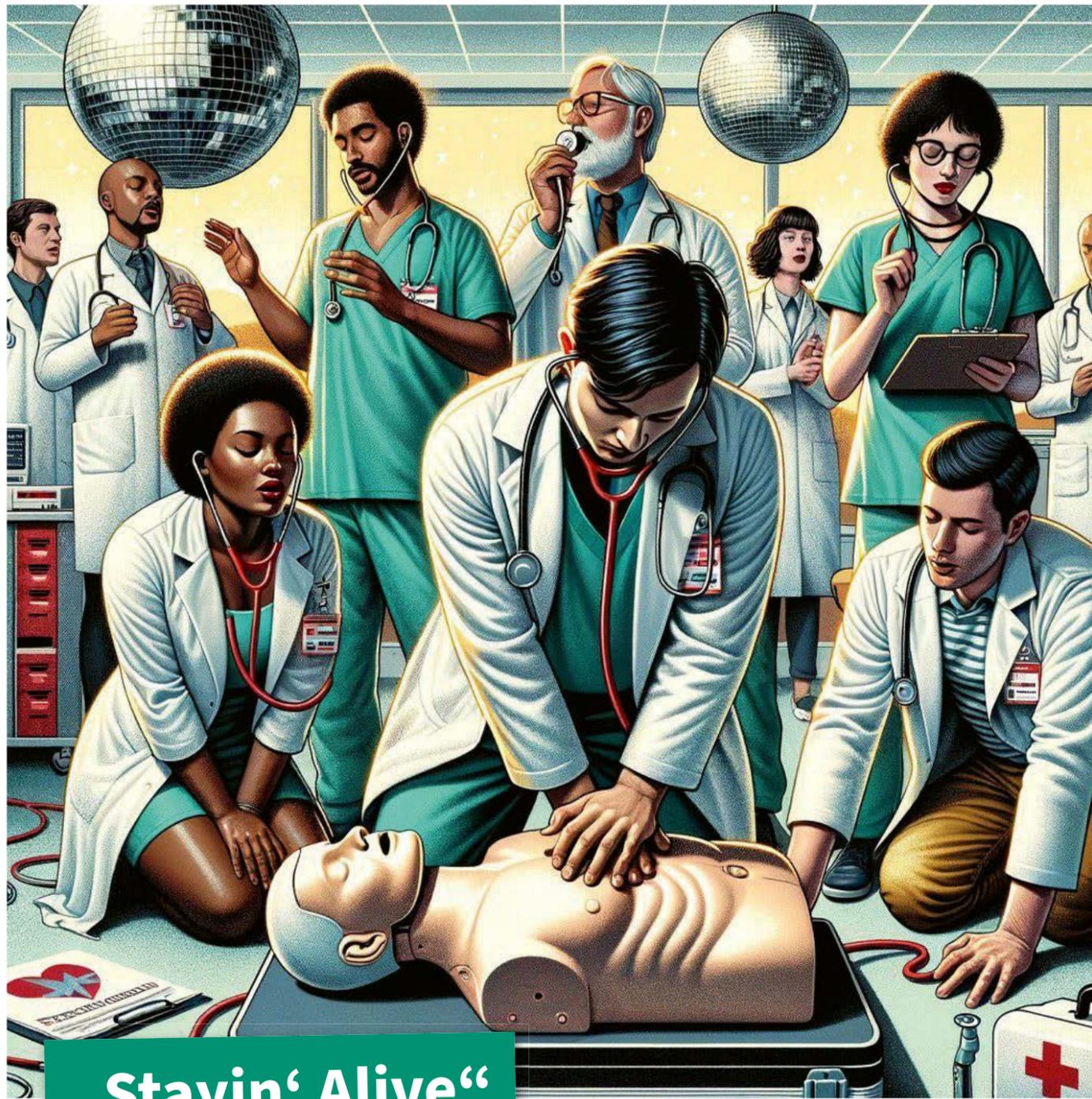
Und wir stehen derzeit vor einer Vielzahl von Herausforderungen, die unser Gesundheitssystem grundlegend beeinflussen. Auch die jüngsten gesetzlichen Entwicklungen, wie das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) und das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), können weitreichende Veränderungen mit sich bringen.

Diese Maßnahmen enthalten positive Ansätze, doch ihre exakte Umsetzung wird maßgeblich darüber entscheiden, ob sie wirklich zu einer Entlastung der Praxen und Kliniken führen und damit zu einer Verbesserung der Versorgung. Wir müssen darauf achten, dass sie auch den tatsächlichen Bedürfnissen gerecht werden. Dabei ist es essenziell, dass dies nicht zu Lasten der Arbeitsbedingungen der Kolleginnen und Kollegen geschieht. Bürokratische Hürden und unzureichende finanzielle Mittel dürfen nicht die Arbeit in den Praxen und Kliniken behindern. Wir müssen sicherstellen, dass eine qualitativ hochwertige und menschenwürdige Patientenversorgung möglich ist.

Der jüngste Deutsche Ärztetag hat sich ebenfalls intensiv mit diesen Themen auseinandergesetzt und dazu wichtige Beschlüsse gefasst. Die Bedeutung einer intelligenten und wirksamen Patientensteuerung wurde ausführlich diskutiert. Ein effizienter Einsatz von Ressourcen und eine enge Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen müssen dabei das Ziel sein.

Diese Entwicklungen zeigen, wie sehr wir uns in einer Zeit des Wandels befinden. Unsere Aufgabe ist es, diese Veränderungen aktiv mitzugestalten und sicherzustellen, dass die Interessen der Ärztinnen und Ärzte sowie die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen. Miteinander und nicht Gegeneinander!

Klaus Reinhardt



„Stayin‘ Alive“

Druck an der richtigen Stelle kann helfen. Gegen Druck an der falschen Stelle müssen wir uns wehren!

Druck im Gesundheitswesen kann nicht die Antwort sein, wenn es um das Wohl der Menschen und unsere Berufstätigkeit in Praxis und Klinik geht.

Als Ärztinnen und Ärzte stehen wir vor großen Herausforderungen, aber auch vor einzigartigen Möglichkeiten.

Der Hartmannbund bietet die ideale Plattform, um sich gemeinsam für die Freiheit des Arztberufs, optimale Studien- und Arbeitsbedingungen sowie eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung einzusetzen.



Hartmannbund
STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.

Inhalt



Vorsicht, heiß! Wie Hitze (nicht nur) das Gesundheitssystem vor Herausforderungen stellt – und was jetzt dringend zu tun ist

Der Klimawandel ist längst keine abstrakte Theorie mehr, sondern ist zu einem globalen Gesundheitsproblem geworden. Vor allem Hitze stellt ein Risiko für die Gesundheit dar, hitzebedingte Krankheits- und Todesfälle werden jedes Jahr verzeichnet. Es kommt zu mehr Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätzen. Wie reagiert Deutschland darauf und wie kann das Gesundheitswesen besser auf die Folgen des Klimawandels vorbereitet werden? Ein Überblick darüber, was bis jetzt unternommen wurde und was noch passieren muss.

6

21

Lauterbachs Reformen verändern etablierte Versorgungsstrukturen
Essenzielle ärztliche Belange



22

Auf der Suche nach dem richtigen Format
Pandemieaufarbeitung



24

Statements zur Pandemieaufarbeitung



26

Die Widerspruchslösung bleibt virulent
Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende gestartet



27

Überführung in die Regelversorgung auf dem Prüfstand
Verstetigte Innovationsförderung

28

Dem Bewegungsmangel geht's an den Kragen
Initiativen zur Förderung von Gesundheit und Lebensqualität

30

Ein Engpass ist unvermeidlich
Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze

31

Ein Beitrag zur Reduktion des Ärztemangels?
Medizinstudium im Ausland

32 Service Kooperationspartner

40 Ansprechpartner

42 Impressum

Vorsicht, heiß!

Wie Hitze (nicht nur) das Gesundheitssystem vor Herausforderungen stellt – und was jetzt dringend zu tun ist

Der Klimawandel ist längst keine abstrakte Theorie mehr, sondern ist zu einem globalen Gesundheitsproblem geworden. Vor allem Hitze stellt ein Risiko für die Gesundheit dar, hitzebedingte Krankheits- und Todesfälle werden jedes Jahr verzeichnet. Es kommt zu mehr Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätzen. Wie reagiert Deutschland darauf und wie kann das Gesundheitswesen besser auf die Folgen des Klimawandels vorbereitet werden? Ein Überblick darüber, was bis jetzt unternommen wurde und was noch passieren muss.

„Der Sommer steht wieder vor der Tür und für uns ist das eine sehr schöne Jahreszeit“, sagte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach Ende Mai. Gerade erst hatte die Fortschrittskonferenz Hitzeschutzplan für Gesundheit stattgefunden, bei der mit Verantwortlichen des Gesundheitswesens erörtert wurde, wie gut Deutschland auf den diesjährigen Sommer vorbereitet ist. Diesem optimistischen Eingangssatz ließ er dann ein großes Aber folgen: „Es ist leider auch zunehmend eine Zeit, in der mehrere Tausend Menschen in Deutschland an den Folgen der Hitze sterben. Und das ist etwas, woran wir uns nicht gewöhnen dürfen.“ Tatsächlich werden jedes Jahr Sterbefälle auf Hitzeereignisse zurückgeführt. Im Sommer 2022 wurde die Zahl auf rund 4 500 hitzebedingte Sterbefälle geschätzt. Im vergangenen Jahr waren es rund 3 200. Laut Robert Koch-Institut (RKI) handelte es sich bei etwa 2 700 dieser Sterbefälle – das sind knapp 85 Prozent – um Personen im Alter von 75 Jahren oder älter. Das verdeutlicht die Problematik: In der Regel sind Hitzeperioden für gesunde Menschen gut zu verkraften. Vorausgesetzt, körperliche Aktivitäten sowie Verhalten sind an die Temperaturen angepasst und es wird ausreichend getrunken. Für vulnerable Personengruppen hingegen, dazu zählen ältere Menschen, aber unter anderem auch chronisch Kranke, Schwangere oder Kleinkinder, stellt Hitze eine Gefahr dar, die tödlich enden kann.

Hitzebedingte Morbidität ist relevantes Public-Health-Thema

Dass im Sommer höhere Temperaturen herrschen, ist aus klimatologischer Sicht ganz normal. Allerdings erreichen wir durch den Klimawandel mittlerweile Werte, die vor 20 Jahren noch nicht in Deutschland gemessen wurden (siehe auch Interview auf Seite 18). „Mit sehr hoher Sicherheit kann man sagen, dass die Zahl der Hitzewellen zunehmen wird. Wie genau die Entwicklung sein wird, hängt davon ab, wie sehr der Klimawandel voranschreitet“, sagt Dr. Stefan Muthers, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Deutschen Wetterdienstes (DWD). Gerade mit Blick auf die älter werdende Gesellschaft in Deutschland ist also absehbar, dass der Klimawandel und gesundheitliche Folgen, die dadurch ausgelöst werden, künftig das Gesundheitswesen fordern werden. In zahlreichen Studien wurde bereits untersucht, dass Hitze zu einer höheren Krankheitslast, mehr hitzebedingten Todesfällen, mehr Krankenhauseinweisungen, Rettungseinsätzen und ärztliche Kontakten führt. Das RKI schreibt auf seiner Website, dass Deutschland bei Betrachtung der absoluten Zahlen nach Italien und Spanien zu den drei Ländern mit



der höchsten Anzahl von hitzebedingten Todesfällen in der Europäischen Union gehört. Deshalb sei die hitzebedingte Mortalität auch in Deutschland ein relevantes Public-Health-Thema. Es gibt mehr Herz-Kreislauf-Erkrankungen während Hitzeperioden. Hitze wird mit einer erhöhten Rate an Todesfällen durch Herzinsuffizienz und Schlaganfällen in Verbindung gebracht. Hitzebedingte Lungenprobleme sind laut RKI-Sachstandsbericht „Klimawandel und Gesundheit“ nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Ursache für Mortalität und Morbidität während einer Hitzeperiode. „Die Zusammenhänge, dass Hitze auch ein Gesundheitsrisiko darstellt, sind schon lange bekannt. Aber über Jahrzehnte ist es eher ein Thema der Wissenschaft geblieben“, erzählt Muthers. In den letzten Jahren habe man jedoch beobachten können, dass die Politik und auch der Medizinsektor sich zunehmend dem Thema Hitze und deren negativen Folgen widmeten und in immer weiteren Kreisen ein Bewusstsein dafür entstehe. „Allerdings ist das noch ein laufender Prozess. Ich denke nicht, dass es schon in allen Bereichen – auch des Gesundheitssystems – angekommen ist“, urteilt er.

Darauf wies im vergangenen Jahr auch der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege in seinem Gutachten „Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen“ hin. „Aufgrund der Erfahrungen mit Hitzewellen in den vergangenen Jahren besteht Einigkeit, dass diesbezüglich dringend gehandelt werden muss“, ist darin zu lesen. Lauterbach setzt deshalb auf einen nationalen Hitzeschutzplan für Gesundheit. Letzten Juli hatte er diesen angekündigt, unter anderem mit der Zielsetzung, die Bevölkerung und im Besonderen vulnerable Gruppen zu sensibilisieren, hitzeassoziierte Todesfälle zu reduzieren und zu vermeiden sowie Krankheitsverläufe abzumildern. Zentraler Punkt ist ebenfalls, wissenschaftliche Evidenz in diesem Bereich zu verbessern und weit zu streuen. Im Austausch mit den Akteur:innen des Gesundheitswesens wurden seitdem Maßnahmen erarbeitet beziehungsweise weiterentwickelt. Für diesen Sommer stehen beispielsweise erstmals Handlungsempfehlungen zur Erreichbarkeit und Ansprache von fünf ausgewählte Risikogruppen zur Verfügung. Außerdem wurden Hitzeschutzpläne für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zusammengestellt. Diese gelten als sinnvolles Instrument, um Einrichtungen des Gesundheitswesens besser für Hitzeereignisse zu wappnen – damit Risiken vermieden, sicher auf hitzebedingte Gesundheitsfolgen reagiert und zudem die eigene Belegschaft während Hitzeereignissen geschützt werden kann.

Hitzeschutz vor allem föderale Herausforderung

Aber wie sinnvoll ist so ein nationaler Hitzeschutzplan für Gesundheit überhaupt? Es gibt aufgrund föderaler Strukturen kein Durchgriffsrecht des Bundes. Die Bundesebene gibt lediglich den Rahmen für die Anpassung an die Folgen des Klimawandels vor. Umgesetzt werden konkrete Anpassungsmaßnahmen aber überwiegend auf kommunaler Ebene. Das macht auch Sinn, weil extreme Hitzeereignisse und deren Folgen, Bevölkerungs- und Gesundheitsstrukturen sich regional stark unterscheiden können. Lokale Gegebenheiten müssen beim Hitzeschutz berücksichtigt werden. Die Initiative des Bundesgesundheitsministeriums, einen Hitzeschutzplan für Deutschland zu erarbeiten, ist dennoch hilfreich, um das Thema mehr in den Fokus zu rücken. Sie „dient als Impuls, um die Akteurinnen und Akteure in den föderalen Strukturen zu sensibilisieren, schnell zu reagieren und eigene, jeweils passgenaue Hitzeschutzmaßnahmen zu ergreifen und mit den bundesweiten Aktivitäten zu vernetzen“, steht im dazugehörigen Papier. Denn dass in den Kommunen mehr in Sachen Hitzeschutz geschehen muss, steht außer Frage.

Jahrhundertsommer 2003 war Zäsur

Der Jahrhundertsommer 2003 stellt sozusagen eine Zäsur für die Gesundheitsversorgung in Hitzeperioden dar. In jenem Jahr gab es eine extreme Hitzewelle, die in ganz Europa etwa 70 000 Hitzetote forderte. In Deutschland wurde die Zahl der hitzebedingten Todesfälle auf 9 600 geschätzt. Viele Länder, unter anderem Frankreich, Italien und die Schweiz, reagierten darauf mit der Erarbeitung und Implementierung von Hitzeaktionsplänen. Diese Hitzeaktionspläne nennen gezielt Maßnahmen, um präventiven Gesundheitsschutz zu etablieren und dadurch Gesundheitsgefährdungen durch Hitzeereignisse zu reduzieren. In Deutschland hingegen passierte zunächst wenig. Erst 2017 wurden hier die „Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit“ der Bund/Länder ad-hoc Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels“ unter Federführung des Umweltbundesamtes erarbeitet. Diese bein-

halten kurz-, mittel- und langfristige Optionen für gesundheitliche Anpassungsmaßnahmen, die sich stark an den acht Kernelementen orientieren, die fast eine Dekade zuvor vom Regionalbüro Europa der WHO definiert und in einem Leitfaden für Hitzeaktionspläne zum Schutz der Gesundheit veröffentlicht wurden. Dazu gehören die Zentrale Koordinierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Nutzung eines Hitzewarnsystems, Information und Kommunikation, die Reduzierung von Hitze in Innenräumen sowie die besondere Beachtung von Risikogruppen. Weitere Kategorien sind die Vorbereitung der Gesundheits- und Sozialsysteme, die langfristige Stadtplanung und Bauwesen, aber auch Monitoring und Evaluation der Maßnahmen.

Die Umsetzung von Hitzeaktionsplänen auf kommunaler Ebene wird dringend empfohlen. Unter anderem beschloss die Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Jahr 2020, innerhalb von fünf Jahren eine flächendeckende Erstellung von Hitzeaktionsplänen in den Kommunen voranzutreiben. Der Deutsche Ärztetag forderte, zuletzt in diesem Jahr, die Bundesländer zur Umsetzung dieses Beschlusses auf. An der Vorbereitung und Umsetzung entsprechender Regulierungen sollte die deutsche Ärzteschaft beteiligt werden – oft ist das noch nicht der Fall. Rechtlich vorgeschrieben sind Hitzeaktionspläne allerdings nicht. Daher überrascht es auch nicht, dass diese in Deutschland bislang noch nicht die Regel sind – auch, wenn in den vergangenen Jahren die Zahl der Hitzeaktionspläne, Maßnahmen und Projekte stetig steigt, die von Kommunen und Ländern zum Hitzeschutz erarbeitet werden. Wobei allerdings die Interpretation, was einen Hitzeaktionsplan ausmacht, von Kommune zu Kommune anders ausfallen kann. Bindende Vorgaben existieren nicht, in Konzepten werden zudem nicht alle acht Kernelemente aus den Handlungsempfehlungen von 2017 berücksichtigt. Somit ist es fraglich, ob damit die Kriterien für einen wirksamen kurz- und mittelfristigen Hitzeschutz erfüllt werden. In der 2023 veröffentlichten „Analyse von Hitzeaktionsplänen und gesundheitlichen Anpassungsmaßnahmen an Hitzeextreme in Deutschland“, beauftragt vom Umweltbundesamt, wird das angezweifelt. Oft sei ein Mangel an koordinierten Hitzeaktionsplänen festzustellen, ebenso eine

willkürlich anmutende regionale Verteilung, fehlende Evaluation von Maßnahmen sowie fehlendes Monitoring von Mortalität und/oder Morbidität.

Eine Anpassungsmaßnahme aber wurde schon früh in Deutschland umgesetzt. Es ist das Hitzewarnsystem des DWD, das – als Folge des Jahrhundertsommers – seit 2005 frühzeitig auf Gefahrensituationen aufmerksam macht. Mit dem Wissen über kommende Hitzebelastungen sollen die Bevölkerung und Akteur:innen des Gesundheitswesens entsprechend mit präventiven Maßnahmen reagieren beziehungsweise Interventionen auslösen. Ministerien und Gesundheitsämter erhalten Hitzewarnungen, Pflege- und Betreuungseinrichtungen werden von den Landesgesundheitsämtern angehalten, den Newsletter des DWD zu abonnieren. Doch letztlich besteht auch hier keine Verpflichtung. „Es gibt in Deutschland noch Verbesserungspotenzial, was das Verknüpfen von Maßnahmen angeht, sobald Hitzewarnungen aktiv sind. Damit Hitzewarnungen überhaupt einen Effekt haben und letztlich zu einer Risikoreduzierung für bestimmte Personengruppen führen, müssen sie tatsächlich bestimmte Handlungen auslösen. Es muss jedem klar sein, was bei Hitze getan werden muss. Das ist nicht überall so“, erklärt Stefan Muthers. Im Großen und Ganzen fehlen bislang praktische Erfahrungen, welche kurzfristigen Maßnahmen an welche Warnstufe gebunden sein sollten. Mit Ausnahme in Hessen, wo dies schon seit Jahren praktiziert wird. Dort sind landesweit stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen dazu verpflichtet, auf Hitzewarnungen des DWD mit Maßnahmen zur Prävention von hitzebedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen zu reagieren. Beispielsweise, indem darauf geachtet wird, dass ausreichend Getränke bereitgestellt oder die Zimmer hitzeangepasst gekühlt oder gelüftet werden. Die hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht führt dazu Beratungen und Überprüfungen durch. Insgesamt hat dieses Vorgehen nachweislich zu einer Verbesserung des Hitzeschutzes in Pflege- und Betreuungseinrichtungen beigetragen. Ginge es nach Stefan Muthers, würde sich für die Verbesserung des hiesigen Gesundheitsschutzes ebenso ein Blick nach Frankreich lohnen. Dort sei man bereits weiter, was das Verknüpfen von bestimmten Maßnahmen mit Hitzewarnungen angeht.

Auf französischen Erfahrungsschatz zurückgreifen

Das wurde schon im Bundesgesundheitsministerium erkannt. Man möchte auf den langjährigen französischen Erfahrungsschatz zurückgreifen, um die eigene Anpassungsstrategie optimal auszugestalten. Frankreichs Vorgehen wird dort explizit als Vorbild genannt. Ein bilateraler Austausch wird angestrebt, vor allem, was das hitzebezogene Monitoring betrifft. Das RKI veröffentlicht seit verganginem Jahr im Sommer zwar wöchentlich Berichte zur hitzebedingten Übersterblichkeit. Diese Form der Datenanalyse ermöglicht es allerdings nicht, ungewöhnliche Entwicklungen der Morbidität schnell zu erkennen und entsprechend zu handeln beziehungsweise präventive Maßnahmen anzupassen. Im Gegensatz dazu existiert in Frankreich ein Surveillance-System in den Notaufnahmen. Täglich eingehende Notfalldaten werden innerhalb von 24 Stunden zentral ausgewertet, hitzebedingte Notfallbehandlungen werden so festgelegt und Maßnahmen können zeitnah und regional bedarfsgerecht gesteuert, Ressourcen bereitgestellt werden.

„Hitzebedingte Todesfälle sind natürlich nur ein Aspekt von vielen – nicht jedes gesundheitliche Problem führt dazu, dass Menschen während einer Hitzewelle versterben. Es gibt viele weitere niederschwellige Probleme, unter denen Menschen in dieser Zeit leiden können. Aufgrund der sehr guten Erfassung der Sterbefälle in



Dr. Stefan Muthers, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Deutschen Wetterdienstes (DWD): „Ich denke nicht, dass das Thema schon in allen Bereichen – auch des Gesundheitssystems – angekommen ist“

Deutschland eignen sich diese Daten aber hervorragend, um einen guten Überblick über die gesundheitlichen Auswirkungen von Hitzewellen zu erhalten“, erklärt Stefan Muthers. Die Zeitreihe hitzebedingter Todesfälle unterliegt dabei deutlichen Schwankungen, die Unterschiede zwischen einzelnen Jahren fallen teilweise sehr stark aus. Das liegt unter anderem daran, dass Hitzeepisoden in verschiedenen Jahren beispielsweise häufiger auftreten, deren Intensität unterschiedlich stark ausgeprägt ist und deshalb auch die gesundheitlichen Auswirkungen variabel ausfallen. Generell kann dennoch in den Datenreihen ab 1992 beobachtet werden, dass der Effekt von hohen Temperaturen auf die Mortalität leicht zurückgeht. Trotz gestiegener Temperaturen und mehr extremen Hitzewellen gab es dennoch weniger hitzebedingte Todesfälle als noch im Sommer 2003. Eine Vermutung lautet, dass die Menschen in Deutschland mittlerweile besser mit wiederkehrenden Hitzeperioden umgehen können, sie sich also in gewissen Grenzen an die Bedingungen anpassen konnten. Die Ursachen dieser Anpassung – seien es individuelle Verhaltensänderungen wie beispielsweise ausreichend Flüssigkeitszufuhr und das Aufsuchen schattiger oder klimatisierter Räume durch eine stärkere Sensibilisierung mit Hilfe von Informationsmaterial, oder auch die Information über das Hitzewarnsystem des Deutschen Wetterdienstes – sind unklar. „Was die Treiber dieser Anpassung sind, darüber kann man zunächst nur spekulieren. Sind es die Warnsysteme, die wir eingeführt haben und die es ermögli-

Wie Hitze auf den Körper wirkt

Damit Organe und Gehirn optimal funktionieren, muss die Körpertemperatur auf konstantem Niveau bei rund 37 Grad gehalten werden. Dafür sollte die Wärmeproduktion im Körper und die Wärmeabgabe an die Umgebung im Gleichgewicht stehen. Ist dies nicht mehr gegeben, reagiert der menschliche Körper darauf mit einer Umverteilung des Blutstroms zur Haut hin, um Wärme an die Umgebung abzugeben. Über Schweiß wird der Körper über Verdunstung gekühlt. Die Thermoregulation hat allerdings auch Nebeneffekte: Durch das Schwitzen verliert der Körper Wasser und Elektrolyte. Durch die Vasodilatation und eine Blutdrucksenkung wird das Herz-Kreislauf-System belastet. Bei kranken oder älteren Menschen kann die Fähigkeit der Thermoregulation eingeschränkt sein.

Hohe Temperaturen verursachen zahlreiche Effekte auf den menschlichen Körper. Hitzebedingte Erkrankungen wie Hitzschlag und Hitzekollaps, Störungen wie Dehydrierung und Hitzeerschöpfung können ausgelöst werden. Verliert der Körper immer mehr Flüssigkeit, reduziert sich die Viskosität des Blutes, was Thrombosen und weitere Herz-Kreislauf-Erkrankungen fördert. Die Erhöhung der Herzfrequenz steigert das Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall. Bereits bestehende Krankheiten wie des respiratorischen Systems können verstärkt werden. Zum Beispiel durch einen eingeschränkten Wärmetransport bei vorgeschädigten Lungen. Lokale und systemische Entzündungsreaktionen werden durch Hitze befeuert, eine Aktivierung der Blutgerinnung kann kardiovaskuläre Erkrankungen fördern. Unter Heat-stress Nephropathie versteht man ein Nierenversagen durch Dehydratation und Volumenverlust mit eventuellen zusätzlichen kardiovaskulären Symptomen. Die Schwere der Krankheit kann bis hin zur intensivmedizinischen Betreuung gehen.

Folgen extremer Hitze sind unter anderem Kopfschmerzen, Erschöpfung, kognitive Einschränkungen, Schwäche und eine erhöhte Unfallgefahr. Im Extremfall kann es zum Hitzschlag kommen: Der Körper nimmt mehr Wärme auf, als er an seine Umgebung wieder abgeben kann. Das kann unmittelbar zum Tod führen. In den meisten hitzebedingten Todesfällen liegt die Ursache aber in der Kombination aus Hitzeexposition und bereits bestehenden Vorerkrankungen. Als Harvesting-Effekt wird die kurzfristige Vorverlagerung eines Todeszeitpunkts bezeichnet. Dabei kann es sich um Tage oder Wochen handeln. Anders ausgedrückt bedeutet das, dass ein erwarteter Todesfall durch die Auswirkungen einer Hitzewelle früher eintritt.



Mehr Grün- und Wasserflächen, öffentliche Trinkanlagen könnten dabei helfen, in aufgeheizten Städten mit den nicht mehr zu verhindernden Folgen des Klimawandels besser klarzukommen.

Risikogruppen

Ältere Menschen haben eine verminderte Fähigkeit, auf Hitze zu reagieren. Sie haben eine reduzierte Schweißproduktion, eine geringere Elastizität der Blutgefäße, eine geringere Hautdurchblutung. Durch Flüssigkeitsverlust und niedrigen Blutdruck steigt zudem das Risiko für Stürze. Einschränkung in der Selbstfürsorge, Bewegungseinschränkung, chronische Erkrankungen, Medikamenteneinnahme und Isolation können das vorhandene generelle gesundheitliche Risiko bei Hitze zusätzlich erhöhen.

Menschen mit Diabetes weisen während Hitzephasen eine Neigung zur Bildung von Blutgerinnseln auf. Mit der Erkrankung geht eine gestörte Hautdurchblutung einher, was zu einer verringerten Wärmeableitung führen kann. Auch die Schweißfunktion und der Stoffwechsel können beeinträchtigt werden. Bei Hitze besteht ein höheres Risiko für eine Unterzuckerung.

Schwangere können durch hohe Temperaturen belastet werden, unter anderem durch eine reduzierte Blutversorgung über die Plazenta, Dehydrierung oder entzündliche Prozesse, die Frühgeburten auslösen können. Sind sie über den Verlauf der Schwangerschaft hohen Temperaturen ausgesetzt, kann das zu einem geringeren Geburtsgewicht des Neugeborenen führen. Im vergangenen Juni belegte eine Studie aus dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, dass Hitze das Risiko für späte Frühgeburten deutlich erhöht. Hitzestress bei 30 Grad führt demnach zur Erhöhung des Frühgeburtsrisikos um 20 Prozent, Temperaturen von über 35 Grad können das Risiko um bis zu 45 Prozent steigern. Das geht aus einer Analyse von Daten aus den vergangenen 20 Jahren hervor. Die Studienleiterin Prof. Dr. Petra Arck prognostizierte, dass bis 2033 aufgrund steigender Temperaturen annähernd jedes sechste Kind, rund 15 Prozent, zu früh geboren werden könnte. Das wären doppelt so viele wie heute. Welche Folgen das für die Gesundheit der Neugeborenen haben könnte, sei bislang noch nicht absehbar.

Säuglinge und Kleinkinder haben noch keine ausgereiften Kühlmechanismen. Sie haben eine höhere Stoffwechselrate bei gleichzeitig weniger Flüssigkeitsreserven. Höhere Aktivität bei einer fehlenden Risikowahrnehmung stellen weitere Risikofaktoren dar.

Weiterhin sind Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung, Menschen mit Adipositas, allein lebende Menschen, Menschen mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen, Menschen, die generell Medikamente einnehmen müssen oder Alkohol oder andere Suchtmittel konsumieren, wohnungslose Menschen; Menschen, die im Freien arbeiten oder intensiv Sport treiben stärker von Hitzewellen gefährdet.

chen, die Bevölkerung oder auch das Gesundheitssystem besser vorzubereiten?“, überlegt Muthers. Es spielen verschiedene Effekte in diese Entwicklung hinein. So hat sich beispielsweise, seitdem der DWD Hitzewarnungen herausgibt, die Gesellschaft und Zusammensetzung der Bevölkerung verändert, ebenso das Klima. Und Menschen gehen anders mit Hitze um. Aber: Trotz einer leichten Anpassung

stellen Hitzewellen weiterhin eine bedeutende Bedrohung für die Gesundheit der Menschen in Deutschland dar.

Vor allem in Städten wird Hitze zur Belastung

Vor allem in Städten wird Hitze für Bewohner:innen zur Belastung. Gebäude und Straßen heizen sich während des Tages auf und geben nachts die Wärme wieder ab. Dieser sogenannte Effekt der Städtischen Wärmeinsel führt dazu, dass die Nächte in Städten wärmer sind als im Umland. Das wiederum ist eine zusätzliche gesundheitliche Belastung. Denn das tagsüber bereits beanspruchte Thermoregulationssystem des Körpers wird weiterhin nachts gefordert, die wichtigen nächtlichen Ruhephasen fallen dadurch kürzer aus. In städtischen Temperaturmessreihen ist zu sehen, dass Nächte deutlich wärmer als im Umland sind. Bis zu zehn Grad kann der Unterschied betragen. „Unabhängig davon, dass immer mehr Menschen in Metropolen ziehen, bedeutet es in Zeiten des Klimawandels vor allem, dass das Thema Hitze beim Städtebau berücksichtigt werden muss. Man kann Städte nicht so wachsen lassen, dass die Wärmebelastung für die Bevölkerung noch verstärkt wird“, betont Stefan Muthers. Zum Beispiel könne darauf geachtet werden, Kaltluftschneisen zu schaffen, die es in der Nacht ermöglichen, kühle Luft vom Umland in die Städte zu transportieren. „Stadtplanung läuft über längere Zeitskalen und auch der Klimawandel wird uns noch viele Jahrzehnte beschäftigen – deswegen sollten Städte das schon jetzt mit einkalkulieren.“ Im städtischen Raum müssen verstärkt Anpassungsmaßnahmen erfolgen. Mehr Grün- und Wasserflächen, öffentliche Trinkanlagen könnten dabei helfen, in aufgeheizten Städten mit den nicht mehr zu verhindernden Folgen des Klimawandels besser klarzukommen.

Das zeigt sehr deutlich, dass bei Anpassungsmaßnahmen an den Klimawandel das Gesundheitswesen nicht allein betrachtet werden kann. Es braucht Austausch zwischen verschiedenen Sektoren und das Thema Gesundheit sollte im Sinne des Konzepts „Health in All Policies“ ressortübergreifend mitgedacht werden. Maßnahmen, die sich positiv auf die Umwelt oder das Klima auswirken, können genauso die Gesundheit fördern oder Gesundheitsrisiken minimieren. Dieser Punkt wird auch in den politischen Kernforderungen für ein hitzeresilientes Deutschland aufgegriffen, die anlässlich des 2. Hitzeaktionstages von einem breiten Bündnis von Akteur:innen des Gesundheitswesens getragen werden. Neben der Verankerung von gesundheitlichem Hitzeschutz in Gesetzen des Gesundheitsrechts ist Hitzeschutz auch in relevanten Gesetzen und Rechtsverordnungen anderer Sektoren zu berücksichtigen, insbesondere im Bau- und Arbeitsrecht, heißt es da unter anderem. Weiterhin wird ein klarer gesetzlicher Rahmen für gesundheitlichen Hitzeschutz auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gefordert, in dem Hitzeschutz als Pflichtaufgabe – das umfasst kommunale und auch institutionelle Hitzeaktionspläne – verankert und von Bundes- und Landesebene ausreichend finanziell unterstützt wird.

Denn das Anpassen an die wachsenden Herausforderungen durch extreme Hitze wird zusätzliche Kosten verursachen, beispielsweise durch Aufklärungskampagnen oder Änderungen der Infrastruktur. Expert:innen schätzen, dass diese Kosten langfristig jedoch wieder sinken, wenn Präventionsmaßnahmen erfolgreich umgesetzt werden. Die Handlungsempfehlungen im RKI-Sachstandsbericht „Klimawandel und Gesundheit“ lauten daher: Es ist immer noch erforderlich, gesundheitsbezogenen Hitzeschutz und Hitzeprävention in Deutschland zu verbessern. Um das zu erreichen, sollte das übergeordnete Strukturdefizit des Öffentlichen Gesundheitsdien-

tes adressiert werden. Als weiteren Punkt wird die systematische und flächendeckende Umsetzung von Hitzeaktionsplänen empfohlen. Diese sollten kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen aller acht Kernelemente integrieren. Außerdem sollten Hitzeschutz/ Hitzevorsorge vor allem im Gesundheitssektor und in der Allgemeinheit verankert werden.

Reinhardt sieht weiteren Handlungsbedarf

Angesprochen auf den aktuellen Stand des nationalen Hitzeschutzes, sagte Dr. med. Klaus Reinhardt im vergangenen November: „Ausreichend sind diese Maßnahmen aus unserer Sicht noch nicht. Wir benötigen Hitzeschutzpläne und Hitzeschutzbündnisse auf Ebene aller Bundesländer und auch in den einzelnen Regionen.“ Der Präsident der Bundesärztekammer bemerkte bei einer Veranstaltung zur Veröffentlichung des Lancet Countdown Report 2023, dass es mehr Klimaschutz und Klimaanpassung brauche – das betreffe sowohl Prozesse und Abläufe in der Versorgung als auch die Gebäudesubstanz. Damit trifft er einen wichtigen Punkt, denn es ist klar: Das Gesundheitswesen hat nicht nur mit den Herausforderungen durch den Klimawandel umzugehen, sondern verursacht ihn selbst mit. Es ist immerhin für circa sechs Prozent des gesamten deutschen Treibhausgas-Fußabdrucks



verantwortlich, wie das Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung berechnet hat. Das muss sich ändern. Die Emissionen – natürlich nicht nur des Gesundheitswesens – müssen reduziert werden, um den Klimawandel und somit die Temperaturen nicht weiter anzufachen. Das Gesundheitswesen muss sich auf den Weg machen, klimaneutral zu werden. „Wenn es in Zeiten leerer Kassen auch eine unbequeme Botschaft ist: Ohne zusätzliche Mittel wird dieser Umbau nicht zu bewerkstelligen sein, weder im stationären noch im ambulanten Bereich“, betonte Reinhardt. Das birgt eine Gefahr: Klimaanpassung könnte in diesem politischen Kontext und in der Auseinandersetzung um begrenzte Mittel ins Hintertreffen geraten. „Das wäre für die Zukunft von uns allen eine verhängnisvolle Weichenstellung.“ Inwieweit Klima-, Hitze- und Gesundheitsschutz in Zukunft vereinbar sein werden, bleibt abzuwarten. Erst Anfang Juni hatte der führende Expertenrat der Bundesregierung mitgeteilt, dass die deutschen Klimaziele bis 2030 wohl nicht erreicht werden. Man gehe davon aus, dass der Ausstoß von Treibhausgasen nicht wie geplant verringert werden könne. Ursprünglich war vorgesehen, die Emission von Treibhausgasen bis 2030 um 65 Prozent im Vergleich zu 1990 zu senken. Die Klimaneutralität im Jahr 2045 wird damit aller Voraussicht nicht erfüllt.

Belastung für das Gesundheitssystem

Welchen Einfluss haben Hitzewellen auf das Gesundheitssystem? Um ein hitzeresilientes Gesundheitswesen aufzubauen, Überlastungssituationen zu vermeiden und eine zielgerichtete Versorgung vulnerabler Gruppen sicherzustellen, muss klar sein, welche Risikogruppen es gibt und wann sie Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen. Am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen wurde 2018 deshalb untersucht, welchen Einfluss die Hitze auf die Morbidität hat. Dafür standen Leistungsdaten zu Krankenhausaufnahmen, ambulanten Arztkontakten und Rettungsdiensteinsätzen sowie Diagnosedaten der AOK Rheinland/ Hamburg von etwa 1,35 Millionen Versicherten zur Verfügung. Die Daten, die während einer Hitzewelle im Sommer 2015 erhoben wurden, stellten die Forschenden zwei Vergleichszeiträumen gegenüber. Die Analysen zeigten, dass insgesamt eine signifikant erhöhte Inanspruchnahmen im Hitzezeitraum dokumentiert ist, was auf eine gesteigerte Morbidität hinweist. Die Zahl der ärztlichen Kontakte im Bereich der ambulanten Versorgung stieg signifikant an. Im Vergleich zum Vor- und Nachbeobachtungszeitraum zeigte sich eine signifikant erhöhte Inanspruchnahme im Hitzezeitraum in den Leistungsbereichen Krankentransporte, Krankenhausaufnahmen, ambulante Arztbesuche. Psychotherapeut:innen, Hausärzt:innen, Onkolog:innen sowie Diabetolog:innen wurden häufiger aufgesucht. Versicherte mit einer Pflegestufe zählten eindeutig zu den vulnerablen Bevölkerungsgruppen.

Im Versorgungs-Report: Klima und Gesundheit wurde die Studie „Individuelle und regionale Risikofaktoren für hitzebedingte Hospitalisierungen der über 65-Jährigen in Deutschland“ veröffentlicht. Es wurden bundesweit Krankenhausabrechnungsdaten aller über-65-jährigen AOK-Versicherten für den Zeitraum von 2008 bis 2018 analysiert. Es zeigte sich, dass Hitzetage mit Temperaturen von mindestens 30 Grad die Hospitalisierungsrate für etwa ein Viertel der AOK-Versicherten signifikant erhöhen. Wobei der individuelle Gesundheitszustand und auch strukturelle Eigenschaften des Wohngebiets deutlich mit der Vulnerabilität zusammenhängen. Die vulnerabelsten Versicherten sind im Durchschnitt älter, kränker und häufiger männlich. Sie leben in Gebieten, in denen ein höherer Anteil vulnerabler Versicherter lebt, sind ländlicher, leiden unter mehr Altersarmut und weisen eine geringere Kapazität oder Inanspruchnahme von ambulanter und stationärer Pflege bei gleichzeitig höherer Hausarzttdichte auf. Projektionen zeigen für die Zukunft für viele dieser Orte mit besonders anfälliger Bevölkerung eine deutlich stärkere Hitzeexposition, es werden mehr Hitzetage erwartet. Mit Blick auf künftige Klimaentwicklungen kommen die Autor:innen zu dem Ergebnis, dass mit einer Klimapolitik gemäß dem Pariser Klimaabkommen der Status quo erhalten werden könne. Werden hingegen weiterhin unverändert hohe CO₂-Emissionen angenommen und das 2°C-Ziel deutlich verfehlt – die Autor:innen nennen als Worst-Case-Szenario einen Anstieg der Temperaturen um 4,7 bis 5,1 Grad bis zum Jahr 2100 –, könnte es zu einer starken Zunahme der Gesundheitsschäden durch Hitze kommen. Verglichen mit dem Durchschnitt in den Jahren 2009 bis 2018 würde die Zahl der hitzebedingten Krankenhauseinweisungen bis zum Jahr 2050 bereits um 85 Prozent, bis zum Jahr 2100 um 488 Prozent steigen. Bereits heute könnten 35-Jährige im Alter mit fatalen Gesundheitsfolgen konfrontiert werden, sollte das Pariser Klimaabkommen nicht gehalten werden.



Ärzt:innen haben Schlüsselrolle

Bewusstsein für die gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze muss gestärkt werden!

Wie kann die Gesundheitsversorgung an den Klimawandel und an die bislang größte Gesundheitsgefahr Hitze angepasst werden? Wie wirkt sich Hitze schon heute auf die Rolle von Ärzt:innen aus und was wird in Zukunft bei noch stärker steigenden Temperaturen im Praxisalltag wichtiger? Gesundheitsberatungen für Patient:innen, der genaue Blick auf Medikamentenpläne, neue Versorgungswege – der Handlungskatalog ist schon heute vielfältig. Um hitzebedingte Morbidität und Mortalität möglichst zu verhindern und gesundheitsbezogene Hitzeaktionspläne wirksam aufzustellen, braucht es noch mehr Wissen darüber, was Hitze im Körper genau bewirkt und wie das Gesundheitswesen sich darauf am besten einstellen sollte. Deshalb fördert der Gemeinsame Bundesausschuss zu diesen Themenbereichen aktuell verschiedene Projekte.

Wenn Max Bürck-Gemassmer vom Klimawandel spricht, dann ist das ein wilder Ritt durch die unterschiedlichsten Themenfelder – Gesundheitsrisiken, die durch Hitze ausgelöst werden, finden genauso Erwähnung wie Versorgungsprobleme im derzeitigen Gesundheitswesen. Lösungsansätze, die sich einfach und vor allem effektiv anhören, wechseln sich ab mit Hürden, die schwer zu überwinden scheinen. Vor allem aber: Die Aussicht auf eine Zukunft mit immer stärkeren Folgen des Klimawandels ist trübe, gerade für das ohnehin schon belastete Gesundheitswesen. Noch trüber wäre sie aber, wenn man nichts dagegen unternehmen würde. Und da sieht

Bürck-Gemassmer Ärzt:innen in einer besonderen Rolle. Er selbst ist Allgemeinmediziner, führte bis vor einem Jahr eine eigene Praxis in Berlin. Nun widmet er sein Engagement als Stellvertreter Vorsitzender der Deut-



Max Bürck-Gemassmer:
„Wer hat Familie oder Freunde, die während einer Hitzewelle nach dem Rechten schauen können. Wer lebt allein und wo muss das Praxisteam vielleicht achtsam sein?“

schen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLU) ausschließlich dem Klimaschutz und einem adäquat darauf ausgerichteten Gesundheitssystem. Er leitet den Arbeitskreis der Berliner Ärztekammer zum Thema Hitzeschutz, war an der Gründung des Aktionsbündnisses Hitzeschutz Berlin beteiligt und in Osnabrück bei der Erarbeitung eines Landkreis-Hitzeaktionsplans beratend tätig.

Hitzeschutz als ärztliche Aufgabe

Was ihn antreibt? Dass in letzter Zeit viel Bewegung in das Thema Hitzeschutz gekommen ist, in der Politik, in der Gesellschaft, aber auch in der Ärzteschaft. Letzteres hält Bürck-Gemassmer für besonders wichtig. „Die Ärzteschaft ist meiner Wahrnehmung nach ein Spiegel der Gesellschaft: Das Bewusstsein für die gesundheitlichen Risiken des Klimawandels ist hier nicht wesentlich höher als in der restlichen Bevölkerung. Das ist ernüchternd, aber es ist so“, erzählt er mit einem Achselzucken. Ihm geht es darum, dass verstanden wird, dass Hitzeschutz eine ärztliche Aufgabe ist. „Wenn wir nicht wollen, dass das Gesundheitswesen in Zukunft massiv überfordert wird, müssen wir die Menschen schützen. Sonst werden zu viele Menschen im Krankenhaus behandelt werden müssen – was bei knappen Ressourcen dann auch Auswirkungen auf die Versorgung von Menschen mit anderen Krankheiten haben wird. Es muss in der ganzen Breite der Versorgungslandschaft ein Bewusstsein dafür entstehen, bei Hitze angemessen zu reagieren. Was uns möglicher-

weise durch den Klimawandel droht, werden wir nicht im Routinebetrieb bewältigen können“, ist er überzeugt.

Dabei ist der Klimawandel schon längst im ärztlichen Alltag angekommen. Und Hausärzt:innen spielen dabei eine besondere Rolle, betont Prof. Dr. Beate Müller. Seit April 2022 ist die Fachärztin für Allgemeinmedizin Direktorin des mit ihrem Antritt neugegründeten Instituts für Allgemeinmedizin der Uniklinik Köln. Ein Fokus ihrer wissenschaftlichen Arbeit liegt darin, die Rolle der Hausarztpraxis in Zeiten des Klimawandels zu gestalten. „Die Hausarztpraxis steht sozusagen an vorderster Front: Haben Patientinnen und Patienten stärker mit Heuschnupfen zu kämpfen als bisher, weil die Pollensaison früher anfängt und die Feinstaubbelastung steigt, machen sie sich vermehrt Sorgen über Hautkrebs oder verschlechtern sich Lungenerkrankungen bei Hitze, ist die Hausarztpraxis in aller Regel die erste Anlaufstelle. Die Zahl der Menschen, die mit klimabedingten gesundheitlichen Problemen Hilfe in der Hausarztpraxis suchen, nimmt einfach zu – auch überproportional in der Praxis im Vergleich zum Krankenhaus“, erzählt sie. Und hier könnte der Hitzeschutz künftig stärker in den Fokus rücken. In der Praxis kenne man die Patient:innen. Weiß zum Beispiel häufig, wer im Dachgeschoss wohnt und multimorbid ist. Personen zu identifizieren, die bei Hitze besonders gefährdet sind, ist hier gut möglich. Aber mit allen Risikopatient:innen in Hitzeperioden in Kontakt zu treten, sie zum Beispiel anzurufen oder sie zu besuchen, hält Beate Müller nicht für realistisch. Es ist ein ressourcenintensiver Vorgang, für den es Personal braucht. In Zeiten des Fachkräftemangels ist dieses in Praxen für solche Aufgaben nicht vorhanden.

„Diese Situation wird sich noch verschärfen. Das heißt, es braucht Konzepte, dass der Hausarzt beispielsweise vor allem die Medikation der Patientinnen und Patienten im Blick hat. Und es braucht zusätzlich ein großes Unterstützungsnetz. Dafür gibt es aber noch keine guten Lösungen“, lautet ihre Einschätzung. Ambulante Pflegedienste sollten noch mehr geschult werden als sie es

momentan noch sind, so dass sie zum Beispiel die Trinkmenge im Blick haben. Angehörige der Patient:innen müssten ebenfalls mehr sensibilisiert und einbezogen werden. Denn Risikopatient:innen, dazu gehören beispielsweise Ältere, bauen auch kognitiv ab, erkennen die Gefahr, die von Hitzesituationen ausgeht, vielleicht nicht mehr, können die Hitze nicht so stark wahrnehmen oder sind selbst nicht mehr in der Lage, an einen kühleren Ort zu gehen. Dafür brauchen vulnerable Personen Unterstützung. „Eine Hausarztpraxis allein kann all das nicht leisten“, betont Beate Müller. Einige Kommunen wie Köln haben bereits Maßnahmen ergriffen und bieten zum Beispiel ein Hitzetelefon an. Sie richtet ihren Blick aber auch nach Frankreich. Dort sind Hitzeschutzpläne schon besser etabliert als in Deutschland. Turnhallen werden beispielsweise im Sommer gekühlt und dienen der Bevölkerung als Schutzräume, in Supermärkten werden Sitzmöglichkeiten geschaffen.

Es braucht einen Überblick über die Krankheitslast

Auch für Max Bürck-Gemassmer nehmen Hausärzt:innen eine Schlüsselposition im Hitzeschutz ein. „Die Krux ist, wir haben keine primärärztliche Versorgungssituation, es gibt keine Patientensteuerung“, merkt er an. Die klare Forderung nach einer primärärztlichen Versorgungsebene, um die Versorgung der Patient:innen sicherer

Medikamente und Hitze

Medikamente können bei Hitze zusätzliche gesundheitliche Risiken verursachen oder die körperliche Reaktion auf hohe Temperaturen noch verstärken. So können Arzneimittel zum Beispiel die Temperaturregulierung verändern und damit auch entsprechende physiologische und verhaltensbezogene Reaktionen. Medikamente können aber Einfluss auf die kognitive Wachsamkeit haben, was mit erhöhter Schläfrigkeit und verminderter Hitzevermeidung verbunden ist. Arzneimittel, die die Wirkung des Neurotransmitters Acetylcholin hemmen, können bei Hitze die zentrale Temperaturregulierung beeinflussen und das Schwitzen unterbinden. Es gibt viele Arzneimittel mit anticholinergischer Wirkung, die bei zahlreichen Beschwerden eingesetzt werden.

Blutdrucksenkende Medikamente, die häufig bei Herzinsuffizienz verschrieben werden, können beispielsweise zu einer starken Blutdrucksenkung führen. Besonders nachteilig wirkt sich das in Kombination mit Medikamenten zur Entwässerung aus.

Insulin, das gespritzt wird, wirkt an warmen Tagen schneller als an kalten. Diabetiker:innen können deshalb schneller unterzuckern.

Diuretika, die mit freiverkäuflichen Schmerzmitteln wie Diclofenac oder Ibuprofen kombiniert werden, können die Nieren stark angreifen.

Opioidpflaster (Fentanylpflaster) können bei Hitze einer Überdosierung begünstigen. Bei hohen Temperaturen ist die Haut gut durchblutet, dadurch flutet der Wirkstoff schneller an. Patient:innen werden dann schläfrig und trinken weniger, wodurch während Hitzewellen weitere Probleme verursacht werden können.



Prof. Dr. Beate Müller:
„Die Situation wird sich noch verschärfen. Das heißt, es braucht Konzepte, dass der Hausarzt beispielsweise vor allem die Medikation der Patientinnen und Patienten im Blick hat.“



Dr. Alexandra Schneider: „Wir sind noch relativ weit davon entfernt, Ärzten konkrete Empfehlungen geben zu können, was wann bei welchen Patienten und welchem Krankheitsbild während einer Hitzewelle gemacht werden sollte.“

und effizienter zu gestalten, eine Übernutzung des Gesundheitssystems zu vermeiden, komme allerdings in einer Zeit, in der die Zahl der Hausärzt:innen abnehme. „Das ist ein selbstproduziertes Dilemma, mit dem wir umgehen müssen. Es braucht einen Überblick über die Krankheitslast, im Idealfall auch über die sozialen Rahmenbedingungen des Patienten bei Hitze“, sagt er. Wer hat Familie oder Freunde, die während einer Hitzewelle nach dem Rechten schauen können. Wer lebt allein und wo muss das Praxisteam vielleicht achtsam sein? „Ohne diese Steuerung werden wir nicht auskommen. Wenn wir das hinkriegen, würde es nicht nur bei Hitzewellen helfen, sondern auch in vielen anderen Situationen. Das wäre ein Win-win für das gesamte Gesundheitssystem“, ist Bürck-Gemassmer überzeugt. Seine Schlussfolgerung lautet: „Wir müssen in die Quartiere rein, wir müssen die Menschen erreichen. Es ist ein riesiger Gewinn, wenn wir nachbarschaftliche Hilfestrukturen aktivieren und nutzen können.“ Je besser vorhandene Ressourcen genutzt und Verantwortung nicht nur auf einzelne Berufsgruppen wie Pflegekräfte übertragen würden, desto größer sei am Ende auch der Hitzeschutz.

„Wir haben in Deutschland praktisch keine Hitze-Schutzräume für gefährdete Menschen. Solange politisch keine entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die Situation zu verbessern, wird es kurzfristig nur über nachbarschaftliche Lösungen funktionieren“, meint Bürck-Gemassmer. Er sieht für die Zukunft Quartiere, in denen sich Menschen gegenseitig unterstützen und die Profis aus dem medizinischen Bereich neben der Pflege und den sozialen Diensten diese Strukturen stabilisieren und unter-

Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin

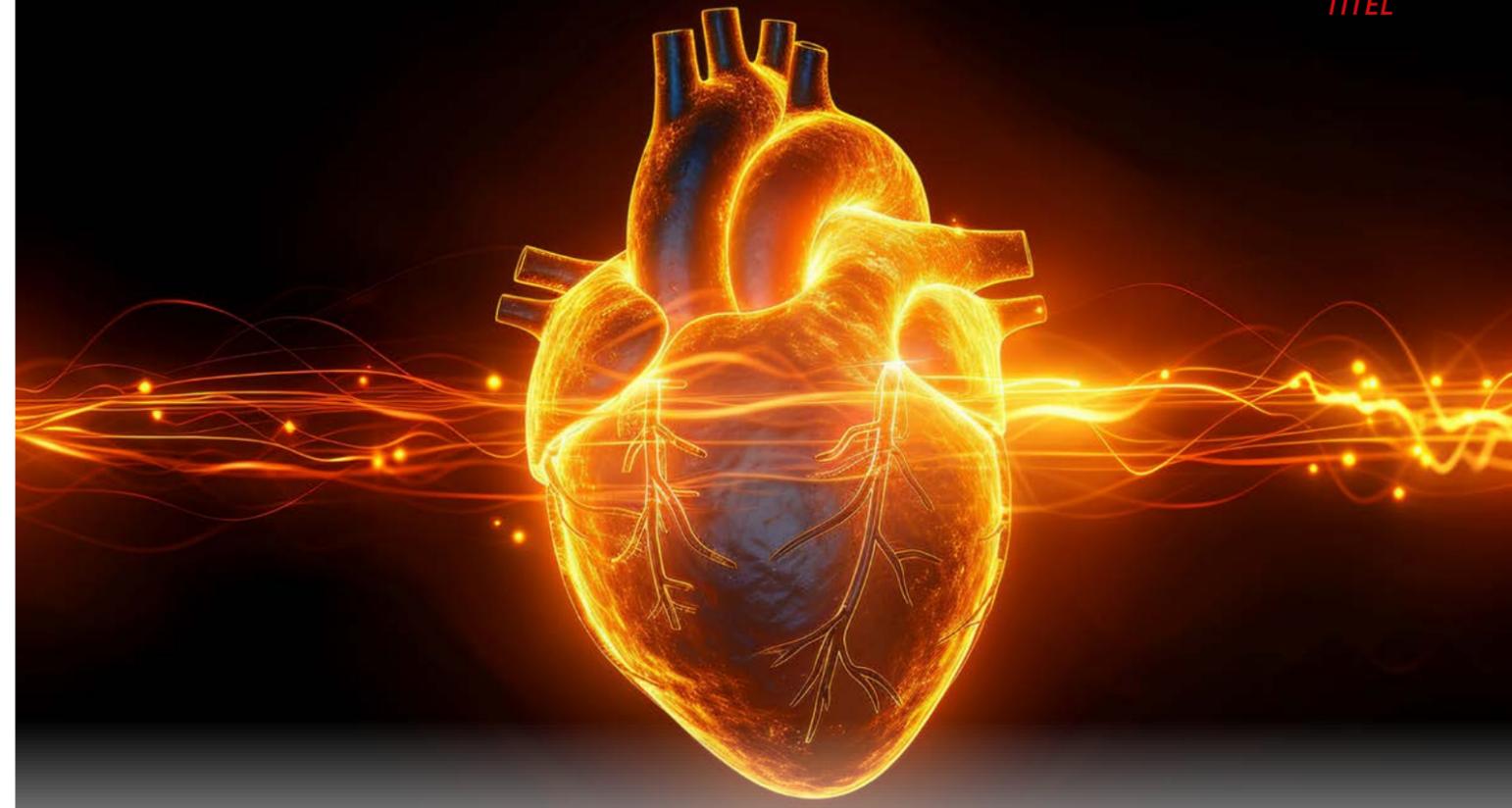
Das Pilotprojekt ist im März 2022 von der Ärztekammer Berlin, der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit sowie der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege ins Leben gerufen worden. Es priorisiert Hitzeschutzmaßnahmen im Gesundheits- und Pflegesektor, die in einer akuten Hitzesituation den Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen erhöhen. In interdisziplinärer Zusammenarbeit wurde eine Hitze-Warneskade für den Gesundheitssektor und konkrete Interventionen entwickelt. Das Aktionsbündnis entwickelte Musterhitzeschutzpläne mit Checklisten für den stationären und ambulanten Bereich, Pflege, Öffentlichen Gesundheitsdienst und Feuerwehr/ Katastrophenschutz. Der Musterhitzeschutzpläne für Krankenhäuser bildete die Basis für den im Mai vorgestellten Musterhitzeschutzplan für Krankenhäuser als Bundesempfehlung.

stützen. Er selbst lebt in einer Wohngenossenschaft und hat dort die Arbeitsgruppe „Hitzeschutz im Quartier“ gegründet. Nachbarschaftshilfe könnte eine Stellschraube sein, um Hitzeschutz in der Gesellschaft zu stärken. Die nachbarschaftlichen Strukturen helfen dabei, in einzelnen Wohnblöcken zu erkennen, welche Anwohner:innen potenziell gefährdet sind. Dass so etwas klappen kann, habe sich zumindest in der ersten Phase der Corona-Pandemie gezeigt. Beim Hitzeschutz werde diese Herangehensweise allerdings noch nicht ausreichend berücksichtigt. „In den meisten Quartieren und Praxen ist das Thema noch nicht angekommen. Es braucht Vernetzung in den Bezirken, so dass die Menschen wissen, wo sie an heißen Tagen hingehen können, um sich wenigstens ein paar Stunden zu erholen.“

Was Max Bürck-Gemassmer feststellt ist, dass in Deutschland noch wenig Bewusstsein dafür vorhanden ist, dass Hitze auch gesunde Menschen gefährden kann. Wie den Bauarbeiter, der im Freien arbeitet, oder die Joggerin, die ihre Runde in der Mittagshitze dreht. „Es wird unterschätzt, dass massiver Flüssigkeitsverlust tödlich sein kann. Das Verschreiben von Diuretika und das Nicht-Anpassen an Situationen ist eine der häufigsten Auslöser von Hitzschlag-Situationen in Deutschland“, sagt er. Rutschen Menschen erst einmal ins Flüssigkeitsdefizit, kann sich der Verlauf bis hin zu Multiorgan-Versagen und Tod entwickeln. „Dass Medikamente eine wichtige Rolle spielen – weil Blutdruckmittel nicht gut eingestellt sind, weil Wassertabletten beziehungsweise auferlegte Trinkmengenbeschränkungen bei Herzpatienten bei einer massiven Hitzebelastung nicht gut funktionieren – ist noch nicht richtig im Bewusstsein angekommen. Die Datenlage dazu, das muss man allerdings auch sagen, ist noch nicht sehr gut erforscht“, sagt er.

Wetterdaten mit GKV-Daten verknüpfen

An diesem Punkt setzt die Forschung von Beate Müller an. Sie leitet das Projekt ADAPT-HEAT – hitzesensible Medikationsanpassung, das Anfang des Jahres gestartet ist. Es wird gefördert vom Innovationsfonds des G-BA, wo erstmals das Themenfeld Gesundheit im Klimawandel ausgeschrieben wurde. Der G-BA fördert nun Projekte, die unter anderem Strategien zur Anpassung an Klimaveränderungen in Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege entwickeln und deren Implementierung erforschen. Das soll dazu beitragen, für Herausforderungen des Klimawandels gerüstet zu sein und bereits unabwendbaren Klimafolgen entgegenzutreten zu können, heißt es im Förderaufruf. Momentan befindet sich Beate Müller mit ihrem Team noch im Stadium der Literaturrecherche und –auswertung. Das Ziel lautet, eine Medikamentenliste mit praxisnahen, evidenzbasierten Empfehlungen zu erstellen. Denn in wissenschaftlichen Studien wurde bereits erkannt, dass einige



Medikamente bei Menschen mit chronischen Vorerkrankungen deren hitzebedingtes Gesundheitsrisiko verstärken können. Ausgangspunkt ihres Projekts ist mehr oder weniger die Heidelberger Hitze-Tabelle. Eine Heidelberger Forschungsgruppe hatte vor einigen Jahren nach Wirkstoffen gesucht, die in der Literatur als problematisch bei Hitze beschrieben wurden. ADAPT-HEAT knüpft daran an und untersucht dies noch systematischer und umfassender. Neben den klassischen Literaturdatenbanken wie PubMed, Cochrane und Google Scholar untersucht ein mehrsprachiges Team auch, was weltweit in grauer Literatur dazu im Internet, beispielsweise auf Websites von Behörden oder Ärzteverbänden, veröffentlicht wurde. Im nächsten Schritt werden dann in Zusammenarbeit mit dem DWD Wetterdaten mit GKV-Abrechnungsdaten verknüpft. Die Wetterlage soll möglichst kleinräumig dargestellt werden und den Forschenden so zeigen, was an heißen Tagen in der Versorgung passiert ist, welche Medikamente verabreicht wurden. Darüber sollen Aussagen getroffen werden, welche Medikamente in Deutschland in der Versorgung tatsächlich relevant sind.

Im kommenden Sommer soll dann eine erste Medikamentenliste dem Praxistest in Praxen, Krankenhäusern und Apotheken unterzogen werden. Wie hilfreich ist diese Liste und wie wird damit umgegangen? Ist sie eine sinnvolle Ergänzung für die Sprechstunde und wie schätzen Expert:innen die aufgelisteten Medikamente ein? Die Liste soll in ihrer finalen Fassung medizinischen Fachkräften eine Übersicht für hitzesensible Medikation mit klaren Anpassungsempfehlungen bieten. Der Projektfokus liegt also primär auf der Medikamentenanpassung. Zusätzlich wird aber auch versucht, Aussagen darüber zu treffen, wie Hitze bei der Lagerung sich auf die Wirkung von Medikamenten auswirkt. Generell testen Pharmaunternehmen Präparate bei Temperaturen von 30, 40 Grad. Doch wie verhält sich ein Medikament bei Extremtemperaturen, zum Beispiel eine Tablette, die sich in einer Handtasche in einem 60 Grad heißen Auto befindet? Es sind noch viele Fragen offen, wenn es um Medikamente und Hitze geht. Über Wirkungen und Wechselwirkungen mit ande-

ren Medikamenten bei hohen Temperaturen, über Dosierung und Lagerung. Doch nicht nur in diesem Themenbereich besteht noch Forschungsbedarf.

Therapiedefizit in Bezug auf den Klimawandel

„Es gibt ein Therapiedefizit in Bezug auf den Klimawandel. Man redet immer über hitzebedingte Todesfälle. Aber Hitze hat auch Auswirkungen auf bestehende Krankheiten, kann einen Krankheitsschub auslösen oder die Krankheit verschlechtern. In diesem Bereich, also was Hitze im Körper genau bewirkt, über welche pathophysiologischen Mechanismen es zum Todesfall oder zur Krankenhausweisung kommt und was dagegen unternommen werden kann, herrscht derzeit in vielen Punkten noch Unklarheit“, sagt

Klimaklagen

Im April dieses Jahres war die erste Klimaklage in Straßburg erfolgreich. Der Klimaschutzverein KlimaSeniorinnen Schweiz hatte die Schweiz beim Gerichtshof für Menschenrechte verklagt. Das Gericht urteilte, dass die Schweiz die Menschenrechte der Klägerinnen verletzt habe. Die Behörden hätten nicht rechtzeitig gehandelt und hätten nicht genug gegen den Klimawandel und seine Folgen getan. Die Seniorinnen hatten erklärt, dass die Rechte älterer Frauen dadurch besonders verletzt werden, weil diese Bevölkerungsgruppe am stärksten von extremer Hitze betroffen sei.

Auch im Mai kam das Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg zu dem Schluss, dass die Bundesregierung beim Klimaschutz nachschärfen muss. Nach der Klage der Deutschen Umwelthilfe muss die Bundesregierung ihr Klimaschutzprogramm nun überarbeiten, weil es nicht ausreicht, um die Klimaziele bis 2030 beziehungsweise 2045 einzuhalten.



Dr. Alexandra Schneider. Die Diplom-Meteorologin mit Master in Public Health und Doktor in Humanbiologie ist Leiterin der Forschungsgruppe „Environmental Risks“ am Institut für Epidemiologie des Helmholtz Zentrum München. Ihr wissenschaftlicher Fokus liegt auf den Auswirkungen von Umweltfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung. Sie hat bereits an mehreren europäischen Umweltstudien mitgewirkt, seit 2018 ist sie Sprecherin der Expertengruppe „Umwelteinflüsse und geographische Faktoren“ der NAKO-Gesundheitsstudie.

„Wir sind noch relativ weit davon entfernt, Ärzten konkrete Empfehlungen geben zu können, was wann bei welchen Patienten und welchem Krankheitsbild während einer Hitzewelle gemacht werden sollte“, schätzt sie die aktuelle Situation im Gesundheitswesen ein. Es geht hier nicht um allgemeingültige Hinweise wie ausreichend zu trinken, direkte Sonne zu meiden, Schatten aufzusuchen, morgens und abends zu lüften und ähnliches. Diese Ratschläge sind für alle – gesunde wie kranke Menschen – zutreffend. Wenn es aber um Versorgungsaspekte wie beispielsweise die bereits erwähnte Medikamentenanpassung geht, sind wissenschaftliche Erkenntnisse bislang noch rar. Und auch bei Ärzt:innen hält Alexandra Schneider das Bewusstsein für gesundheitliche Risiken noch nicht flächendeckend gegeben. „Ich erforsche seit über 25 Jahren Temperatureffekte auf die Gesundheit. Die Studien wurden international publiziert, aber in Deutschland war das Interesse bisher relativ gering. Forschungsschwerpunkt ist in vielen Arbeiten die Mortalität oder die Zahl der Krankenhauseinweisungen. Aber damit ist der Mechanismus, der dahintersteckt, natürlich nicht geklärt: Also wie verändern sich bei Hitze zum Bei-

spiel Blutmarker, das EKG oder die Kognition?“

Im Rahmen des Innovationsfonds-Projekts KlimGesVor – Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheitsversorgung von Patienten mit kardiovaskulären, metabolischen und respiratorischen Erkrankungen möchte sie das näher erforschen. Dazu werden deutschlandweite Versicherten-daten, die von der AOK routinemäßig erhoben werden, analysiert. Wann nehmen Diabetiker:innen, Hypertoniker:innen, COPD-Patienten:innen bestimmte medizinische Leistungen in Anspruch, wie hängt das mit der Temperatur zusammen und was verschreiben Ärzt:innen dann für Medikamente? Besonders vulnerable und unterversorgte Bevölkerungsgruppen sollen dadurch identifiziert werden. Mit der Auswertung großer Datenmengen – neben den AOK-Gesundheitsdaten arbeitet Alexandra Schneider in anderen Studien auch mit Daten der KORA-Kohorte (Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg) und der NAKO Gesundheitsstudie – möchte sie dazu beitragen, aus den daraus gewonnenen Erkenntnissen konkrete Empfehlungen an Ärzt:innen geben zu können. Dieses Wissen um die Auswirkung der Hitze auf Krankheiten ist auch eine wichtige Voraussetzung dafür, um Hitzeaktionspläne zu erarbeiten beziehungsweise zu überarbeiten und dadurch bestehende Gesundheitsrisiken zu reduzieren.

Länder wie Italien, Frankreich und Griechenland besser aufgestellt

Kürzlich hatte ihr KlimGesVor-Team Patient:innen – Diabetiker:innen, Hypertoniker:innen, COPD-Patienten:innen – zu ihren bisherigen Erfahrungen und Erwartungen bezüglich ihrer Ver-

Städtischer Wärmeinsel-Effekt

In Städten kommen vor allem nachts höhere Luft- und Oberflächentemperaturen vor als im Umland. Tagsüber heizen sich Gebäude und Straßen auf und geben in der Nacht diese Wärme wieder ab, wodurch nur eine reduzierte Abkühlung stattfinden kann. Je größer eine Stadt oder je höher der Gebäudeanteil und Versiegelungsgrad ist, desto größer fällt dieser Effekt aus. In klaren Sommernächten können die Unterschiede zwischen Stadtzentrum und Land 10 Grad und mehr betragen. Deshalb belasten Hitzewellen Stadtbewohner:innen stärker als Bewohner:innen auf dem Land. Da immer mehr Menschen in Städten leben, erhöht sich somit auch der Anteil der Risikogruppe. Es wurde wissenschaftlich nachgewiesen, dass mit einer erhöhten Versiegelung auch eine erhöhte Mortalität einhergeht. Insgesamt bergen Hitzewellen aber sowohl in städtischen als auch ländlich geprägten Räumen ein relevantes Gesundheitsproblem.

sorgung bei Hitze befragt. Der Tenor war: Das Thema Hitze wurde von deren Ärzt:innen nie angesprochen, es herrscht kein Verständnis über den Zusammenhang von Hitze und einer Verschlechterung der bestehenden Krankheiten. Außerdem wurde von ihnen der Wunsch nach einer besseren Betreuung geäußert, zum Beispiel durch das Anpassen der Medikation während Hitzewellen. Das macht deutlich, dass hiesige Anpassungsmaßnahmen noch nicht ausreichend berücksichtigt werden. Was den Hitzeschutz betrifft, sind Länder wie Italien, Frankreich und Griechenland schon besser aufgestellt. Nach der Hitzewelle im Jahr 2003 hatten sie sich schneller auf den Weg gemacht, Hitzeaktionspläne auszuarbeiten und umzusetzen. Das heißt, es bestehen dort bereits Richtlinien, wie Ärzt:innen mit Patient:innen umgehen sollten. Zum Teil werden Risikogruppen persönlich gewarnt. In Italien erinnern beispielsweise Apps mehrmals täglich daran, ausreichend zu trinken. In Deutschland hingegen wird das Thema erst seit ein paar Jahren intensiver diskutiert. Deshalb ist es für Alexandra Schneider wichtig, mehr Wissen über die Vorgänge im Körper während Hitzeperioden zu erlangen und dadurch Rückschlüsse für eine angepasste Gesundheitsversorgung und Präventionsmaßnahmen zu gewinnen. Neue Forschungsergebnisse am Universitätsklinikum Augsburg zum Beispiel zeigen, dass nächtliche Hitze das Risiko für Schlaganfälle erhöht. Mit diesem Wissen könnten sich Kliniken besser darauf einstellen, dass an Tagen mit bestimmten Wetterbedingungen auch mehr Schlaganfällen zu erwarten sind. Wird dann mehr Personal zur Verfügung gestellt, könnten diese Patient:innen besser und effizienter versorgt werden, führt Alexandra Schneider aus.

Mehr Aufklärung durch Ärzt:innen, die ihre Patient:innen vor Hitzewellen entsprechend über Risiken informieren, sieht sie als wichtige Voraussetzung für einen besseren Hitzeschutz. Es brauche nicht viel, um gesundheitliche Risiken zu minimieren, findet sie und nennt Italien als Beispiel, das hitzebezogene Mortalitätsfälle und Krankenhauseinweisungen durch einen funktionierenden Hitzeaktionsplan bereits reduzieren konnte. Ähnlich sieht das Beate Müller. Sie greift das Thema Klimawandel in Konsultationen ihrer Hochschulambulanz „nebenbei“ auf. Sie verwendet nicht Label wie klimasensible Gesundheitsberatung. Sie hält auch eine gesonderte Klimasprechstunde, die wie ein Disease Management Programme abgerechnet werden könnte, nicht für nötig. Stattdessen stellt sie regulär im Patient:innengespräch fest, inwieweit Menschen beim

Thema Hitze sensibilisiert sind und klärt dann gegebenenfalls auf. Für sie ist Hitzeschutz beziehungsweise die Berücksichtigung des Klimawandels auf die Gesundheit ein elementarer Bestandteil der hausärztlichen Sprechstunde und gehöre in jede Konsultation. „Zumindest so, dass der Arzt oder die Ärztin den Klimawandel mitdenkt“, erklärt Beate Müller. Hätten Patient:innen kein Interesse an diesem Thema, müsste es auch nicht direkt angesprochen werden. Dass der Umgang mit Klimawandel und Gesundheit noch nicht flächendeckend in den Arztpraxen angekommen ist, führt Max Bürck-Gemassmer auf die aktuellen Rahmenbedingungen zurück. Unter dem Gefühl der Überlastung, aber auch durch die Fixierung auf rein kurative, damit reaktive und teilweise ineffektive Medizin, wie er es beschreibt, käme der Hitzeschutz bislang häufig noch zu kurz. Auch müsste in der Ausbildung der Fokus stärker auf den Klimawandel gesetzt werden. „Prävention – und Hitzeschutz ist vor allem Prävention – wird entgegen der Datenlage als zusätzliche Belastung und trotz der klaren Positionierung der Bundesärztekammer und vieler Fachgesellschaften zum gesundheitlichen Hitzeschutz weiterhin als nichtärztliche Aufgabe erlebt“, sagt er. Die Folgen des Klimawandels, hitzebedingte Todesfälle und Krankheiten, ließen sich durch präventive Maßnahmen jedoch abmildern. Deshalb steht für ihn fest: „Nicht auf Prävention zu setzen, kann nicht die Lösung sein.“



Anzeige



ÄRZTLICHE AKUPUNKTUR

Deutsche Ärztesellschaft für Akupunktur e.V.

ZUSATZBEZEICHNUNG AKUPUNKTUR 2024

Beginn neuer Ausbildungsreihen: Berlin 25.07.24 + 30.08.24
München 08.08.24 + 11.10.24 | Düsseldorf 30.08.24
Kassel 07.09.24 | Freudenstadt 20.09.24 | Nürnberg 05.10.24

Akupunktur im Fachgebiet inkl. 2 KV-Fallkonferenzen / Tag

06./07.07.24	Hamburg	Palliativmedizin
19./20.10.24	Nürnberg	Orthopädie
26./27.10.24	Kassel	Neurologie
23./24.11.24	Berlin	Allgemeinmedizin

Spezialkurse 2024

03./04.08.24	München	Medizin aus dem Kochtopf – Gesundheit mit Kräutern und Gewürzen
12.10.24	München	Psychische Traumata, Kränkungen und chronischer Schmerz
13.10.24	München	Ohr-Intensiv und Testung mit dem RAC
26./27.10.24	München	Toxikologie der chin. Arzneitherapie (CAT)
10.11.24	Berlin	Psychotonik Basiskurs

„MEISTER DER AKUPUNKTUR DÄGfA“
Kurs 1 Anamnese / Kurs 2 Untersuchung
neuer Ausbildungsbeginn 28./29

Die DÄGfA setzt bereits seit über 70 Jahren Standards in der Ausbildung!
Kursprogramm siehe www.daegfa.de · Telefon 089 71005 -11

Was im Ausland gemacht wird

Frankreich: In Frankreich wurde als Reaktion auf die extreme Hitzewelle im Jahr 2003 bereits im Folgejahr ein nationaler Hitzeaktionsplan umgesetzt. Es existiert ein kommunales Register, über das es möglich ist, Menschen aus vulnerablen Gruppen gezielt und präventiv anzusprechen oder nachzufragen, wie es ihnen geht. In Frankreich werden Übersterblichkeiten während Hitzewellen täglich ermittelt. Es muss ausreichend Fachpersonal vorhanden sein, um die akut-medizinische Versorgung in Hitzewellen aufrechterhalten zu können. Deshalb können, abhängig von der Wetterlage, Urlaubssperren erlassen und Pflegepersonal aus dem Urlaub zurückgerufen werden.

Schweiz: Es wurde ein „Buddy-System“ etabliert. Betreuungspersonen – das sind überwiegend Ehrenamtliche, aber auch Zivilschützer oder Gemeindepolizisten – werden geschult und Risikopersonen zugeordnet. In einer Hitzewelle rufen sie die Risikopersonen an oder kontaktieren sie persönlich.

Interview mit einem Wetterexperten

„Die sogenannten Extremsommer könnten zum Regelfall werden“

Es wird wärmer in Deutschland. Und eine weitere Folge des Klimawandels ist, dass es immer häufiger Hitzewellen geben wird, die zudem noch länger und intensiver ausfallen. Für vulnerable Personen bedeutet das eine gesundheitliche Gefährdung, für das Gesundheitssystem eine zusätzliche Belastung. Wir wollten von Karsten Friedrich – Klimatologe beim Deutschen Wetterdienst – wissen, ob diese klimatische Entwicklung noch aufzuhalten ist.

HB Magazin: Mehr Trockenheit, immer neue Temperaturrekorde – zum Beispiel wurde in diesem Jahr am 6. April der bislang früheste heiße Tag gemessen. Ist das schon der Klimawandel oder sind das noch für sich allein stehende Wetterereignisse?

Karsten Friedrich: Das ist im Zusammenhang mit dem Klimawandel zu sehen. In den letzten 50 Jahren gab es einen deutlichen Temperaturanstieg, der über einen linearen Trend hinausgeht. Gerade in den Sommermonaten beobachten wir wiederholt Temperaturen über 40 Grad, die auch immer weiter nach Norden voranschreiten. 2022 hat zum Beispiel Hamburg die 40-Grad-Marke überschritten. So weit nördlich wurde bis dahin die 40-Grad-Marke in ganz Europa nicht überschritten.

Werden dann 40 Grad in Zukunft nicht mehr die Ausnahme, sondern eher die Regel sein?

Wahrscheinlich wird das weiterhin die Ausnahme bleiben und nicht jedes Jahr auftreten. Aber die Häufigkeit wird sich deutlich erhöhen und auch immer mehr Orte betreffen.

Mit dem Klimawandel wird auch die Häufigkeit und Intensität von Hitzewellen steigen. Wie hängt beides zusammen?

Grundsätzlich erhöht sich das Temperaturniveau. Hatten wir in Deutschland früher Mitteltemperaturen im akzeptablen Bereich, steigt nun die Mitteltemperatur – gerade im August – stärker als in anderen Monaten. Wir zählen für jedes Jahr die Anzahl der heißen Tage mit Temperaturen gleich oder höher als 30 Grad. Wir gucken uns aber auch die Tropennächte an, in denen die Minimumtemperatur nicht mehr unter 20 Grad fällt. Dass es sich in den Nächten abkühlt, ist besonders wichtig, um sich von einer Wärmebelastung wieder erholen zu können. Und sowohl bei den heißen Tagen als auch bei den Tropennächten beobachten wir einen Anstieg und damit auch eine deutlich stärkere Belastung für den Körper. Wir sehen hier eine zeitliche Entwicklung, Hitzewellen



Karsten Friedrich: „Dass es sich in den Nächten abkühlt, ist besonders wichtig, um sich von einer Wärmebelastung wieder

erholen zu können. Und sowohl bei den heißen Tagen als auch bei den Tropennächten beobachten wir einen Anstieg und damit auch eine deutlich stärkere Belastung für den Körper. Wir sehen hier eine zeitliche Entwicklung, Hitzewellen kommen immer häufiger vor.“

kommen immer häufiger vor. Der Sommer 2003 war so extrem, dass die damals gemessenen Temperaturen bis heute für viele Städte die bisher markanteste Hitzewelle ist. Der Sommer 2003 ist nach wie vor der bisher heißeste Sommer in Deutschland. Das Temperaturniveau war sehr hoch und wir waren damals, das muss man so sagen, relativ unvorbereitet. Solche heißen Sommer hatten wir im Vorfeld noch nicht erlebt.

Was macht Hitzewellen so besonders?

Es handelt sich dabei oft um eine sehr stabile Wetterlage, so dass sich über Tage, wenn nicht sogar über Wochen eine Witterungssituation relativ ortsfest halten kann. Oft ist es eine sogenannte Omega-Wetterlage. Dabei wird ein Hochdruckgebiet, das über Deutschland oder dem Ostseeraum liegt, links und rechts jeweils von einem Tiefdruckgebiet flankiert. Die Kraft der Sonne hat dann den ganzen Tag über Zeit, die Luftmassen zu erwärmen. Meist kommt eine sogenannte Warmluftadvektion hinzu: Warme Luft strömt aus dem Mittelmeerraum hinzu und dieses Gemisch sorgt für hohe Tagestemperaturen, aber auch für eine geringe Abkühlung in der Nacht.

Kann denn jede Region in Deutschland von Hitzewellen betroffen sein oder ist das nur auf den Süden beschränkt?

Das ist für ganz Deutschland relevant. Wie schon erwähnt, reichen hohe Temperaturen immer weiter in den Norden. Ausgedehnte Hitzewellen mit Temperaturen über 40 Grad wird es allerdings eher im mittleren Deutschland oder im Süden und auch im Osten geben. Aber Hitzewellen müssen nicht erst Maximaltemperaturen von 40 Grad erreichen, um gesundheitlich belastend zu sein.

Kann denn vorhergesagt werden, wie sich die Zahl der Hitzewellen für Deutschland entwickeln wird?

Hitzewellen sind regionale Wetterereignisse, Aussagen können deshalb nicht pauschal für

ganz Deutschland getroffen werden. Daher – und weil keine nationale und internationale einheitliche Definition von Hitzewellen existiert – gibt der Deutsche Wetterdienst dazu keine Prognose.

Mit welchen Temperaturen werden wir in Deutschland in Zukunft zu rechnen haben?

In den Modellen zur Klimaberechnung werden unterschiedliche Annahmen getroffen, damit verschiedene Szenarien abgebildet werden können. Es wird zum Beispiel abgebildet, wie sich die Wirtschaft und die Gesellschaft entwickeln, welche Treibhausgasemissionen sich dadurch ergeben und welchen dämpfenden Effekt beispielsweise die Reduktion von CO₂ haben kann. Ich denke, das Pariser Klimaziel von 2015, die Klimaerwärmung auf maximal zwei Grad oder sogar auf 1,5 Grad zu begrenzen, wird wohl nicht mehr zu schaffen sein. Es kann also gut sein, dass die Sommermonate in Zukunft zwei Grad wärmer werden. Vergleichen wir das mit unseren Zeitreihen der Sommermonate von 1961 oder 1990, landen wir dann bei einer Mitteltemperatur von deutlich über 18, 19 Grad.

Das hört sich erst einmal nicht sehr bedrohlich an...

Das sind die absoluten Mitteltemperaturen der Sommermonate für ganz Deutschland, also nicht nur die Tag-, sondern auch die Nachttemperaturen. Das wären Werte, die in den Bereich der Extremsommer von 2003 und 2018 fallen, die dann zum Regelfall werden könnten. Vielleicht lässt sich das besser in heißen Tagen ausdrücken: Diese beobachten wir seit 1951 täglich. Das heißt, wir haben ausreichend Daten, so dass wir für ganz Deutschland einen Mittelwert berechnen können. Am Anfang waren es ungefähr drei heiße Tage pro Jahr. Im Schnitt erwarten wir mittlerweile ungefähr zehn heiße Tage pro Jahr. Da sieht man schon einen deutlichen Anstieg der Temperaturen und somit der gesundheitlichen Belastung. Im Sommer 2018 hatten wir 20 heiße Tage. Das ist schon eine extreme Belastung. Und in diesem Bereich wird sich das in Zukunft eventuell bewegen. Dass wir eben nicht nur einmal ausnahmsweise ein Jahr mit 20 heißen Tagen beobachten, sondern mehrere aufeinanderfolgende Jahre, in denen das so ist.

Hitzewelle

Eine einheitliche internationale Definition für Hitzewellen existiert nicht. Im Deutschen Wetterdienst (DWD) wird unter anderem das 14-tägige Mittel der Tagesmaximumtemperatur als Maß herangezogen. Liegt dieser Wert bei über 30 Grad, handelt es sich um eine Hitzewelle. Als Extremereignis belasten Hitzewellen die menschliche Gesundheit. Neben der Lufttemperatur werden weitere Parameter wie Luftfeuchte, Strahlung und Wind in fest definierten Belastungsklassen hinzugezogen, um abzuschätzen, wie sich Hitzewellen auf die Gesundheit auswirken können. Der Deutsche Wetterdienst verwendet für seine Hitzewarnungen neben einem Simulationsmodell zur Berechnung der Wärmebelastung in Innenräumen auch die Gefühlte Temperatur. Eine Gefühlte Temperatur von 32°C definiert der DWD als starke Wärmebelastung. Bei 38°C beginnt eine extreme Wärmebelastung. Markante Hitzewellen wurden in Deutschland beispielsweise 1994, 2003 und 2018 gemessen.

Was heißt das denn eigentlich, in Zukunft? Sprechen wir da von 100 Jahren oder doch schon eher von 50 Jahren?

Grundsätzlich werden die Klimaszenarien bis Ende 2100 gerechnet. Mit dieser eben beschriebenen Entwicklung könnte man also in einem Zeitraum von 75 Jahren rechnen. Die Schwankungen können natürlich relativ groß sein – es kommt dabei auf die Entwicklung verschiedener Aspekte an. Sind wir in der Lage, tatsächlich die CO₂-Emissionen zu reduzieren oder geht das einfach so weiter wie bisher?

Wenn wir radikal die Emissionen von Treibhausgasen zurückfahren würden, könnten wir diese Entwicklung also noch verhindern?

Wir könnten die Temperaturen zumindest nach den aktuellen Klimaszenarien auf dem heutigen Niveau halten. Vielleicht haben wir noch einen geringen Temperaturanstieg bis 2030, 2035. Aber dann könnten wir mehr oder weniger auf diesem Niveau verharren.

Aber dafür müssten wir uns alle schon deutlich mehr anstrengen...

Ja. Als man sich in Paris einigte, wurde im Vorfeld abgeschätzt, wie viel CO₂ wir noch ausstoßen können, bis wir die 2 oder die 1,5 Grad-Klimaerwärmung erreichen. Leider ist in den letzten Jahren nicht viel passiert. Global steigen die Emissionen nach wie vor. Der CO₂-Gehalt in der Atmosphäre steigt von Jahr zu Jahr. Wir müssten schon radikal handeln, um eine deutliche Konzentrationsveränderung zu erzielen und so den Treibhauseffekt zu verringern, damit sich die Temperaturen wieder stabilisieren.

Nun kann der Klimawandel nicht nur von einem einzelnen Land gestoppt werden. Zieht für Sie das immer wieder hervorgebrachte Argument, dass es gar keinen Unterschied machen würde, wenn ein kleines Land wie Deutschland die Emissionen deutlich zurückzuschrauben würde?

Man kann natürlich auch den Kopf in den Sand stecken und sagen: Das bringt alles nichts. Wir sind ein hochentwickeltes Industrieland. Beim Erneuerbare-Energien-Gesetz waren wir Vorreiter und Vorbild für viele Länder. Dadurch wurden regenerative Energiequellen gefördert, die mittlerweile mehr als konkurrenzfähig sind. Es besteht das Potenzial, mit regenerativen Energiequellen die fossilen ersetzen zu können. Wenn Deutschland bei der Reduktion von CO₂ Vorreiter werden würde, könnte man ebenso darauf hoffen, dass andere Länder sich wieder anschließen und auch diesen Weg gehen.





Anlässlich des Hitzeaktionstags 2024 trafen sich die Akteure des Gesundheitswesens, um ihre Forderungen im BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin vorzustellen.

Unter dem Motto „Deutschland hitzeresilient machen – wir übernehmen Verantwortung“ hat ein breites Bündnis aus Akteuren des Gesundheitswesens anlässlich des Hitzeaktionstags am 5. Juni dazu aufgerufen, Hitzegefahren noch ernster zu nehmen und den gesundheitsbezogenen Hitzeschutz konsequent umzusetzen. Der gemeinsamen Initiative von Bundesärztekammer, Deutscher Allianz Klimawandel und Gesundheit, AWO Bundesverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft, Deutschem Pflegerat, GKV-Spitzenverband und Hausärztinnen- und Hausärzteverband hatten sich über 50 Institutionen und Verbände, darunter auch der Hartmannbund, angeschlossen.

Für ein hitzeresilientes Deutschland wurde ein umfassender Forderungskatalog zusammengestellt:

1. Wir fordern einen klaren gesetzlichen Rahmen für gesundheitlichen Hitzeschutz auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, in dem Hitzeschutz als Pflichtaufgabe verankert und von Bundes- und Landesebene ausreichend finanziell unterstützt wird. In diesem gesetzlichen Rahmen sollte/n:

1.1 die Entwicklung, Umsetzung und Anpassung von **Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit als verbindlicher Teil der Klimaanpassungskonzepte für Kommunen als Pflichtaufgabe** gesetzlich verankert werden. Die Bundes- und Landesebene sollte die Umsetzung auf kommunaler Ebene zusätzlich durch Vernetzungs- und Beratungsangebote unterstützen und monitoren.

1.2 auch **institutionelle Hitzeaktionspläne** für Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Not- und Rettungsdienste sowie in Settings mit hohem Risiko als Pflichtaufgabe gesetzlich verankert werden.

1.3 die fachliche Begleitung und notwendige Einbindung der Gesundheitsämter bei der **Entwicklung und Umsetzung von kommunalen Hitzeaktionsplänen festgelegt** und zur **Pflichtaufgabe des ÖGD** werden. Der ÖGD ist durch Länder und Kommunen mit hinreichenden Ressourcen auszustatten.

1.4 Hitzeschutz **ressortübergreifend** geplant, umgesetzt und fortentwickelt werden.

2. Neben der Verankerung von gesundheitlichem Hitzeschutz in Gesetzen des Gesundheitsrechts ist Hitzeschutz auch in relevanten Gesetzen und Rechtsverordnungen anderer Sektoren zu berücksichtigen. Hierzu gehören insbesondere das **Baurecht und Arbeitsrecht**.

3. Hitzewellen können zu Überlastungen führen und Kapazitätseinschränkungen in der Versorgung verursachen. So sind schon heute die Belastungen für Gesundheitspersonal, insbesondere für beruflich Pflegenden, während Hitzewellen besonders hoch. Im Rahmen der Deutschen Strategie zur Stärkung der Resilienz gegenüber Katastrophen und der Klimaanpassungsstrategie gibt es Handlungsbedarf im Gesundheitsbereich, etwa den Schutz und die Reaktionsfähigkeit des Gesundheitssystems bei diversen Gefahrenlagen. Gesundheitsakteure und -akteurinnen sollten entsprechend einbezogen werden. **Hitze sollte als zentrale Herausforderung im Zivil- und Katastrophenschutz integriert werden.**

4. Hitzewellen haben tiefgreifende Auswirkungen auf die Gesundheit am Arbeitsplatz und die Produktivität der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Sie führen zu einer erhöhten Krankheitslast und erheblichen Produktivitätsverlusten und sind ein Risiko für wirtschaftliche Stabilität mit heute schon hohen bisher verdeckten Folgekosten. **Die Dringlichkeit, Deutschland hitzeresilient zu machen ist auch aus wirtschaftlicher Perspektive sehr hoch. Die dazu nötigen Investitionen sollten daher unverzüglich in den entsprechenden Haushalten und Budgets eingestellt werden.** Maßnahmen zum Hitzeschutz und zur Prävention hitzebedingter Erkrankungen und Arbeitsunfälle sind Investitionen in Produktivität und wirtschaftliche Stabilität.

FORDERUNGEN

Essenzielle ärztliche Belange

Lauterbachs Reformen verändern etablierte Versorgungsstrukturen

Drei wichtige Gesetzgebungsvorhaben befinden sich derzeit im parlamentarischen Verfahren: das Medizinforschungsgesetz, das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) sowie das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). Während das Medizinforschungsgesetz schon weit gediehen ist, werden das GVSG sowie das KHVVG noch über Monate für viel Diskussionsstoff sorgen. Alle diese Gesetzgebungen tangieren essenzielle ärztliche Belange.

Die mit dem Referentenentwurf aufgeführte neue Bundesethikkommission ist im geplanten Medizinforschungsgesetz zwar in eine Spezialisierte Ethikkommission auf Bundesebene verändert worden, dennoch ist auch die Etablierung dieses Gremiums ähnlich problembehaftet. Damit könnten die bewährten Strukturen der Länderebene unterminiert werden, indem das existierende System der Ethikkommissionen grundlegend in Frage gestellt werde, monieren die Bundesländer. Die Berufung der Kommissionsmitglieder durch das Bundesministerium für Gesundheit unter Einbeziehung des Bundesforschungsministeriums biete „nicht die Gewähr für die Unabhängigkeit, die sowohl die Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes als auch die Verordnung (EU) Nr. 536/2014 zur klinischen Prüfung von Arzneimitteln fordern. Die institutionelle Unabhängigkeit ist aber ein zentrales Element für den Patientenschutz und auch für die gesellschaftliche Akzeptanz der Forschung am Menschen“, heißt es in der Länderstellungnahme. Diese Ansicht wird immerhin von 26 bedeutenden Organisationen, u. a. von der Deutschen Forschungsgemeinschaft und dem Wissenschaftsrat, aber auch der Bundesärztekammer, dem Verband Deutscher Universitätsklinika, der Deutschen Krankenhausgesellschaft wie auch dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. geteilt.

Neujustierung der Vergütungen

Die wohl spektakulärste Regelung im geplanten GVSG betrifft die ambulante hausärztliche Versorgung, die entbudgetiert werden soll. Die diesbezüglichen Kosten für die GKV sollen sich in einem niedrigen dreistelligen Millionenbetrag bewegen. Zudem sollen eine quartalsübergreifende Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patient:innen, die keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen, sowie eine an die Erfüllung bestimmter Kriterien durch die Hausärztin oder den Hausarzt geknüpfte Vorgehaltungspauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages eingeführt werden. Hier dürfte ein Thema sein, dass es in der Neujustierung der Vergütungen nicht zu Honorareinbußen in mancher hausärztlichen Praxis kommt. Der noch im Referentenentwurf vorgesehene 30-Euro-Bonus für Patient:innen, die an den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen, führt zu Unmut bei den Betroffenen. Regelungen zu Primärversorgungszentren, Gesundheitsregionen und den hoch umstrittenen Gesundheitskiosken finden sich nicht in dem Gesetzentwurf wieder. Der Bundesgesundheitsminister ist allerdings zuversichtlich, dass diese im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens noch Eingang in das Gesetz finden könnten. Dasselbe ist zur gesetzlichen Eindämmung investorengetriebener Medizinischer Versorgungszentren zu vernehmen. Außerdem finden sich im Gesetzentwurf ei-



Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wird kontrovers diskutiert.

nige Regelungen, die die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessern sollen, auch bei vulnerablen Patientengruppen. Beispielsweise soll es künftig eine gesonderte Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geben.

Der Entwurf zum KHVVG wird ausgesprochen kontrovers zwischen Bund und Ländern verhandelt. Die Länder drohen mit dem Vermittlungsausschuss sollten ihre zentrale Forderungen nicht in den Gesetzentwurf übernommen werden. Hierzu gehören u. a. eine vor dem Ende des Gesetzgebungsverfahrens vorgelegte aussagekräftige Auswirkungsanalyse der Reform, die Umsetzung der in Nordrhein-Westfalen etablierten Leistungsgruppen und deren Vorgaben ohne jedwede Erweiterung oder Veränderung bis die vom Bundesgesundheitsministerium mit Zustimmung des Bundesrates neu entwickelten Leistungsgruppen und Qualitätsvorgaben beschlossen und umgesetzt werden, eine Mitfinanzierung des Transformationsfonds durch den Bund und nicht nur durch die GKV und die Länder. Für erhebliche Unruhe im ärztlichen Bereich sorgt die vorgesehene nahezu unbeschränkte Ermächtigung der „Sektorenübergreifenden Versorger“ (Level 1i-Krankenhäuser) zur ambulanten Versorgung und nun sogar zur hausärztlichen Versorgung. Hier hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch mit Klage gedroht. Schon allein diese wenigen Punkte zeigen, dass die Reform noch mit sehr vielen Unwägbarkeiten behaftet ist.

Nach dem Erscheinen der RKI-Protokolle im März flammten die Diskussionen auf.

P
E
P
A
N
D
E
M
I
E

Pandemieaufarbeitung Auf der Suche nach dem richtigen Format

Anfang April 2023 hatte Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) die Corona-Pandemie offiziell für beendet erklärt. Ein Jahr später wird nun über den richtigen Weg der Aufarbeitung diskutiert, insbesondere im Hinblick auf die teils umstrittenen Pandemie-Maßnahmen. Dass es einer Auswertung des Vorgehens zur Eindämmung der Pandemie bedarf, um Schlüsse für künftige ähnliche Krisen zu ziehen, ist unter den Fraktionen des Deutschen Bundestages unstrittig, so das Ergebnis einer Umfrage der Deutschen Presse-Agentur (dpa). Zum politischen Rahmen einer solchen Aufarbeitung gibt es jedoch unterschiedliche Vorstellungen.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte 2022 eine „externe Evaluation“ zu den Auswirkungen der im Infektionsschutzgesetz (IfSG) getroffenen Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie beauftragt. Das Ergebnis der Evaluation wurde der Bundesregierung zum 30. Juni 2022 vorgelegt. Dem Bericht nach seien viele Maßnahmen eingeführt worden, „die teilweise erheblich in den Alltag und die Grundrechte der Bevölkerung eingegriffen haben“. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass die Erfüllung ihres Auftrags erheblich erschwert gewesen sei, da sie zur Bewertung der auf das IfSG gestützten Maßnahmen erst im Nachhinein aufgefordert worden seien. Ferner hätte die schlechte Datenlage es schwer gemacht, Fragen nach der Wirksamkeit von Lockdowns, Schulschließungen und Zugangsbeschränkungen etwa durch 2G- oder 3G-Regeln klar zu beantworten.

Insbesondere seit Ende März 2024 die Protokolle des Robert Koch-Instituts (RKI) aus der Corona-Zeit bekannt wurden, flammte die Diskussion über die Art und Weise einer möglichen Aufarbeitung der Pandemie-Maßnahmen erneut auf. Bei den Protokollen handelt es sich um interne Dokumente der Krisensitzungen im RKI. Sie mussten herausgegeben werden, weil das Onlinemagazin „Multipolar“ erfolgreich auf eine Freigabe geklagt hatte. In den Dokumenten wurden einige Stellen geschwärzt. Lauterbach erklärte, dass diese mit Einverständnis der betroffenen Dritten weitestgehend aufgehoben werden sollen. „Das habe ich veranlasst, um das RKI vor Spekulationen zu schützen“, betonte er. Zusätzlich hat der Facharzt für Allgemeinmedizin Christian Haffner vor Gericht erstritten, dass Protokolle des Corona-Expert:innenrats des Bundeskanzleramts weitgehend ungeschwärzt veröffentlicht werden mussten.

Klare Handlungsempfehlungen werden angestrebt

Zur Diskussion für eine Pandemieaufarbeitung steht nun unter anderem der Einsatz einer Enquete-Kommission (Enquete stammt aus dem Französisch und heißt „Untersuchung“), eines Bürgerrates, einer Expertenkommission, einer Bund-Länder-Kommission oder eines Untersuchungsausschusses:

Die SPD plädiert für einen Bürgerrat mit anschließender Expertenkommission. Ein Bürgerrat wird vom Deutschen Bundestag eingesetzt, um zu einer konkreten politischen Fragestellung eine direkte Rückmeldung aus der „Mitte der Gesellschaft“ zu bekommen. Die Teilnehmer:innen werden zufällig ausgelost, und zwar bundesweit aus allen Einwohner:innen ab 16 Jahren. Der Bürgerrat erarbeitet ein Bürgergutachten mit konkreten Handlungsempfehlungen. Diese fließen in die parlamentarischen Beratungen ein. Was umgesetzt wird und was nicht, entscheiden am Ende aber allein die Mitglieder des Deutschen Bundestages. Eine folgende Expertenkommission würde aus Vertretern aus Wissenschaft, Interessenverbänden, Politik und Verwaltung und weiteren Fachleuten bestehen. Sie legt in der Regel einen ausformulierten Bericht vor, der Handlungsempfehlungen enthält.

Eine Enquete-Kommission, wie insbesondere von der FDP-Fraktion gefordert, setzt sich aus Abgeordneten aller Fraktionen und externen Sachverständigen zusammen. Sie würde vom Bundestag eingesetzt, deren Mitglieder würden im Einvernehmen der Bundestagsfraktionen benannt. Sie legen dem Bundestag am Ende ihrer Arbeit Abschlussberichte vor, in denen die Arbeitsergebnisse, in der Regel in Empfehlungen für die Gesetzgebung, festgehalten sind.

Bündnis 90/Die Grünen haben bislang kein bestimmtes Format zur Pandemie-Aufarbeitung öffentlich gefordert.

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion setzt sich indes für eine Bund-Länder-Kommission ein, in der Vertreter des Bundes und der Länder unter Einbezug externer Experten die Aufarbeitung der Pandemie-Politik durchführen.

Linke und AfD fordern Untersuchungsausschuss

In einem Untersuchungsausschuss sitzen wiederum nur Abgeordnete des Bundestages. Dieser wird in der Regel eingesetzt, um unabhängig von anderen Staatsorganen mögliche Missstände in Regierung und Verwaltung und mögliches Fehlverhalten von Politikern zu prüfen. Dazu kann er Zeugen und Sachverständige vernehmen und sich Akten vorlegen lassen. Das Ergebnis fasst der Untersuchungsausschuss in einem Bericht an das Plenum zusammen. Ein Untersuchungsausschuss wird besonders von den Bundestagsfraktionen Die Linke und der AfD gefordert.

Von verantwortlichen Politikern aus der Regierungskoalition, unter anderem auch dem Bundesgesundheitsminister, ist in Zusammenhang mit der Pandemieaufarbeitung als hinreichendes Gremium immer wieder einmal auch der vom Bundeskanzleramt im März 2024 eingesetzte Expert:innenrat „Gesundheit und Resilienz“ genannt worden. Mit der Arbeit dieses Expertenrats fände quasi eine in die Zukunft gerichtete Aufarbeitung statt, so die Argumentation. In diesem Rat arbeiten mehr als 20 Wissenschaftler daran, wie sich Deutschland auf neue Pandemien und Krisen vorbereiten sollte. Dazu gehören unter anderem Vertreter aus Public Health, Epidemiologie, Ethik, Medizin, Informatik, Statistik, Modellierung, Pflegewissenschaft, Psychologie, Sozialwissenschaften

und Virologie. Den Vorsitz hat Prof. Heyo Kroemer (Pharmazeut und Pharmakologe), Vorstandsvorsitzender der Charité, Co-Vorsitzende ist Prof. Susanne Moebus, Leiterin des Instituts für Urban Public Health (InUPH) am Universitätsklinikum Essen. Im Gremium vertreten sind auch einige aus der Pandemie bekannte Gesichter wie der Lehrstuhlinhaber und Direktor des Instituts für Virologie der Charité, Prof. Christian Drosten, der Direktor des Institutes für Virologie am Universitätsklinikum Bonn, Prof. Dr. Hendrik Streeck oder auch die Prof. für Ethik der Medizin und Gesundheitstechnologien sowie Direktorin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, Alena Buyx, die bis April 2024 Vorsitzende des Deutschen Ethikrats war (der Rat wird alle vier Jahre neu besetzt).

Der Expert:innenrat „Gesundheit und Resilienz“ ist das Nachfolgegremium des Corona-Expert:innenrats, der während der Corona-Pandemie politische Entscheidungen wissenschaftlich beraten hatte. Dieser soll sich auf wissenschaftlicher Basis mit der Frage befassen, „wie Gesundheitswesen und Gesellschaft künftigen Gesundheitskrisen bestmöglich begegnen können“. Bei aktuellen Fragestellungen zur öffentlichen Gesundheit kann er die Bundesregierung „ad hoc“ beraten. Das Plenum des Expert:innenrats verabschiedet die Stellungnahmen.

Eine Aufarbeitung sei nach Lauterbachs Auffassung „notwendig“, da nicht der Eindruck entstehen dürfe, dass andere etwas verschweigen wollten. „Über die konkrete Form der Aufarbeitung müsse das Parlament jedoch selbst entscheiden“, betonte er. Wenn ein Antrag mit Unterstützung von mindestens einem Viertel der Abgeordneten im Deutschen Bundestag für einer dieser Vorschläge zustande kommt, ist der Bundestag verpflichtet diesen umzusetzen und das vorgeschlagene Gremium mit der Aufarbeitung zu beauftragen.

Anzeige

PVSforum
FORTBILDUNGSINSTITUT

GOÄ-WISSEN FÜR
IHREN PRAXISERFOLG

Aktuelle GOÄ-Seminare ONLINE

Anästhesie	28.08.2024
Psychiatrie/Psychotherapie	04.09.2024
Gastroenterologie	11.09.2024
Chirurgie (niedergelassener Arzt)	18.09.2024
Allgemeinmedizin/Innere Medizin (Hausärzte)	20.09.2024

Alle Seminare: pvs-forum.de

Dem Hartmannbund gegenüber haben die gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher der Bundestagsfraktionen SPD, FDP und CDU/CSU ein Statement zur Diskussion um die Pandemieaufbereitung abgegeben, die nachfolgend aufgeführt sind. Der gesundheitspolitische Sprecher von Bündnis 90/Die Grünen hatte sich gegenüber dem Medienportal web.de im März 2024 zu dieser Thematik

und CDU/CSU ein Statement zur Diskussion um die Pandemieaufbereitung abgegeben, die nachfolgend aufgeführt sind. Der gesundheitspolitische Sprecher von Bündnis 90/Die Grünen hatte sich gegenüber dem Medienportal web.de im März 2024 zu dieser Thematik

STATEMENTS

ZUR PANDEMIEAUFARBEITUNG



Heike Baehrens,
gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion

„Im internationalen Vergleich sind wir gut durch die Pandemie gekommen. Dennoch gab es Entscheidungen, die zum Teil langfristige Auswirkungen hatten und die wir so nicht wieder treffen würden. Die kritische Reflexion der Maßnahmen erfolgt bereits seit der Pandemie und hat zu Verbesserungen in vielen Bereichen (z. B. Digitalisierung) geführt.“

Als SPD-Bundestagsfraktion sprechen wir uns für die Einsetzung eines Bürgerrats aus: Menschen aller Altersklassen und aus unterschiedlichen sozialen Zusammenhängen können ihre Erfahrungen mit der Pandemie schildern und daraus Empfehlungen für die Zu-

kunft entwickeln. Dieses Format hat der Deutsche Bundestag schon erfolgreich erprobt.

Anschließend sollen diese Empfehlungen in die Arbeit einer Kommission zur Pandemie-Aufarbeitung einfließen. Vertreter:innen aus Politik, Wissenschaft und Verwaltung sollen die Erfahrungen des Bürgerrats mit ihrer Expertise verknüpfen und Schlussfolgerungen für die politischen Entscheidungsträger geben. Uns ist wichtig, diesen Aufarbeitungsprozess innerhalb der gesamten Gesellschaft zu führen.“



Dr. Janosch Dahmen MdB,
gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

... äußerte am 22. März 2024 unter anderem gegenüber web.de („Pandemie-Aufarbeitung: „Aus einem Jahrhundert-Ereignis muss man Lehren ziehen“):

Dahmen sei skeptisch, ob eine Enquete-Kommission den richtigen Rahmen für die Aufarbeitung biete. „Aus einem Jahrhundert-Ereignis muss man Lehren ziehen, vor allem nach vorne gerichtet. Niemand würde bestreiten, dass man mit dem Wissen von heute auch Dinge anders machen würde“, sagt er. Aus seiner Sicht darf

dabei aber nicht unter den Tisch fallen: „Auch in der letzten Phase der Pandemie hätten wir mehr Menschenleben retten können, wenn wir vulnerable Gruppen besser geschützt hätten.“ Dahmen ist der Meinung: „Die Aufarbeitung müsse in einem „wissenschaftlichen, evidenzbasierten Raum“ stattfinden. Diese dürfe nicht parteipolitisch und populistisch aufgeheizt sein. „Wenn sich alle Parteien nur selbst vergewissern, dass ihre eigene Position richtig war, wäre das eine Pseudo-Aufarbeitung.“



Prof. Dr. Andrew Ullmann MdB,
gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion

„Die Aufarbeitung der Pandemie muss sofort geschehen. Der Grund dafür ist, dass sowohl eine gesellschaftliche als auch politische Notwendigkeit bestehen. Denn Aufarbeitung heißt: Vorbereitung für die nächste Pandemie. Aufarbeitung heißt aber auch, Fehler einzuräumen, um gesellschaftliche Gräben zu überwinden. Die Fehler wurden dabei von politischer Seite gemacht. Das steht fest. Deshalb ist es unsinnig, den Auftrag zur Fehleranalyse an die Gesellschaft zu übergeben. Wenn im Krankenhaus ein Patient stirbt, findet die Überprüfung auch nicht durch einen Bürgerrat statt,

sondern im besten Fall durch ein multidisziplinäres Team. Fehler zu machen, soll und darf aber nicht bedeuten, dass es zu Verteilungen kommt. In einer Enquete-Kommission muss sachlich und progressiv diskutiert und gearbeitet werden. Fehler müssen benannt, Vorschläge erarbeitet werden. Es muss aber auch darauf geachtet werden, was gut gelaufen ist. Ein Fehler-Fetisch wäre genauso schlimm wie das Beharren darauf, dass alles richtig und gut gelaufen ist.“



Tino Sorge MdB,
gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

„Viel zu spät nimmt die Aufarbeitung der Pandemie Fahrt auf. Will die Ampel diese politische Verantwortung nun aber an Bürgergremien abschieben, ist das der völlig falsche Weg.“

Die Aufarbeitung der Corona-Pandemie ist jetzt zuallererst eine politische Aufgabe. Es waren der Bund und die Landesregierungen, die unser Land durch die Pandemie geführt und alle maßgeblichen Entscheidungen getroffen haben.

Es gilt nun, im föderalen Miteinander politische Folgerungen zu ziehen – auch für künftige Gesundheitskrisen. Darum wäre eine

Bund-Länder-Kommission unter Einbezug externer Experten für einen konstruktiven Rückblick am besten geeignet.

Die Verantwortung für eine Aufarbeitung der Pandemie-Politik kann die Bundesregierung nicht an frei erfundene Bürgergremien abschieben. Mit der aktuellen Debatte verspielt die Ampel nur noch mehr Zeit. Einer Enquete-Kommission läuft die Zeit davon. Es ist an der Zeit für ein Bund-Länder-Gremium, das unter Einbezug von Sachverständigen und über diese Legislaturperiode hinaus auf die Pandemie zurückschaut.“

Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende gestartet

Die Widerspruchslösung bleibt virulent

Das Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende (Organspende-Register) hat am 18. März 2024 unter www.organspende-register.de seinen Betrieb aufgenommen. Das Register soll schrittweise aufgebaut werden. Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) bezeichnete den Start als „wichtigen Meilenstein“, um mehr Organspende möglich zu machen, und setzt sich als Bundestagsabgeordneter für eine erneute Initiative für eine Widerspruchslösung bei der Organspende ein. Diese würde bedeuten, dass jeder, der nicht zu Lebzeiten ausdrücklich einer Organspende widerspricht, automatisch als Spender gilt. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH) und Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt plädieren ebenfalls für die Einführung der Widerspruchslösung in Kombination mit verstärkter Aufklärung der Bevölkerung.



2023 gab es insgesamt nur 965 Spender.

Das Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende ist ein zentrales elektronisches Verzeichnis, in dem Erklärungen für oder gegen eine Organ- und Gewebespende festgehalten werden können. Zur Sicherheit müssen sich Nutzerinnen und Nutzer mit einem Ausweisdokument mit eID-Funktion identifizieren. Der Eintrag ist freiwillig und kostenlos. Er kann vom Eintragenden jederzeit wieder geändert oder gelöscht werden. Das Register werde am Anfang den Organspendeausweis nicht ersetzen können, erklärte Lauterbach auf einer Pressekonferenz zum Start des Organspende-Registers. Bis das Register vollständig in Betrieb sei, sollte die Entscheidung weiterhin auf einem Organspendeausweis oder in der Patientenverfügung festgehalten werden. Beide Dokumente sollen auch nach der vollständigen Inbetriebnahme des Registers gültig bleiben.

Das Organspende-Register wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführt. Das BfArM werde jähr-

lich die Zahl der im Organspende-Register erfassten Erklärungen veröffentlichen, berichtete BfArM-Präsident Prof. Dr. Karl Broich. Die Inbetriebnahme des Erklärendenportals ist der erste Baustein des stufenweisen Aufbaus des Registers. Zweiter Baustein ist ein Abrufportal, in dem die Entnahmekrankenhäuser Erklärungen suchen und abrufen können, um zu erfahren, ob eine verstorbene Person Organe spenden möchte oder nicht. Ab dem 1. Juli 2024 müssen alle Entnahmekrankenhäuser an das Organspende-Register angebunden sein. Ab Juli bis spätestens Ende September 2024 soll die Abgabe der Erklärung mithilfe der Digitalen Identität für Versicherte (GesundheitsID) ermöglicht werden und ab dem 1. Januar 2025 die Gewebeeinrichtungen die Bereitschaft zur Gewebespenden bei potentiell Spendenden über das Abrufportal klären können.

Nach Daten der DGCH warten in Deutschland beinahe 8.400 Menschen auf ein neues Organ. Etwa 6.500 von ihnen benötigen eine neue Niere, knapp 900 brauchen eine neue Leber, fast 700 ein neues Herz. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DCSO), die jede Organentnahme in Deutschland begleitet, verzeichnete im Jahr 2023 insgesamt 965 Spender. In den 45 Transplantationszentren wurden bundesweit 2.985 gespendete Organe eingepflanzt. „Die Lücke zwischen Spendern und Empfängern ist weiterhin viel zu groß“, bemängelte DGCH-Generalsekretär Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen.

In Deutschland gilt derzeit die „erweiterte Zustimmungslösung“. Für die Organentnahme nach dem Hirntod eines Menschen ist demnach die aktive Zustimmung des Betroffenen zu Lebzeiten, die Zustimmung eines engen Angehörigen oder eines Bevollmächtigten erforderlich. Schmitz-Rixen setzte sich für eine Widerspruchslösung ein. „Wir wünschen uns, dass noch in dieser Legislaturperiode erneut ein Antrag aus dem Parlament heraus im Bundestag beraten wird“, so Schmitz-Rixen. BÄK-Präsident Reinhardt zufolge könne die Widerspruchslösung viele Menschenleben retten: „Sie kann helfen, die große Lücke zwischen der hohen grundsätzlichen Spendebereitschaft in der Bevölkerung und den tatsächlichen niedrigen Spendezahlen zu verringern“, erklärte er bereits im Dezember 2023 anlässlich eines vom Bundesrat beschlossenen Antrags der Länder Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Hessen zur Einführung einer Widerspruchslösung bei der Organspende. Gleichzeitig werde mit der Widerspruchslösung die individuelle Entscheidungsfreiheit der Bürgerinnen und Bürger über die Organspende respektiert. Dafür sei es unbedingt erforderlich, dass Informationen zum Thema Organspende, zur Möglichkeit und auch zum Verfahren des Widerspruchs allgemein verständlich und niedrigschwellig zur Verfügung stehen.

Verstetigte Innovationsförderung

Überführung in die Regelversorgung auf dem Prüfstand

Lange gab es keine strukturierte Möglichkeit Innovationen im Gesundheitswesen auszuprobieren, um sie gegebenenfalls in der Regelversorgung zu etablieren. Der Innovationsausschuss soll mit dem dort angesiedelten Innovationsfonds Abhilfe schaffen und als zentrales gesundheitspolitisches Instrument zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland dienen. Er soll Projekte fördern, die innovative Ansätze für die gesetzliche Krankenversicherung erproben und neue Erkenntnisse zum Versorgungsalltag gewinnen wollen.

Zur effektiven Umsetzung dieser Förderziele wurde 2016 der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingerichtet. Seit dem 26. März 2024 ist er verstetigt. Mit der Verstetigung des Fonds hat der Gesetzgeber zudem Nachjustierungen am Verfahren vorgenommen. Der unparteiische Vorsitzende des G-BA und Vorsitzende des Innovationsausschusses, Prof. Josef Hecken, sieht jedoch noch Schwachstellen insbesondere bei der Umsetzung der Überführungs-Empfehlungen, wie er auf einem Kongress zum Innovationsfonds im April 2024 erklärte.

Für die Förderung neuer Versorgungsformen (NVF) und der Versorgungsforschung (VSF) stehen über den Fonds jährlich 200 Mio. Euro zur Verfügung. Davon können 160 Millionen Euro für Projekte zu NVF verwendet werden. Für VSF verbleiben entsprechend 40 Millionen Euro, von denen mindestens fünf Mio. Euro für medizinische Leitlinien verwendet werden sollen. Der Innovationsfonds hat insgesamt bisher (Stand April 2024) über 1,25 Mrd. Euro in neue Versorgungsformen und 450 Mio. Euro in Versorgungsforschung investiert. Die Mittel für den Fonds werden je zur Hälfte von den gesetzlichen Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds getragen.

300 Projekte werden derzeit gefördert

Der Innovationsausschuss des G-BA legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien zur Vergabe der Mittel aus dem Innovationsfonds fest und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Der Ausschuss berät weiterhin über die Evaluations-, Ergebnis- und Schlussberichte der geförderten Projekte und beschließt innerhalb von drei Monaten nach Abschluss eines Projektes und Eingang der bewertbaren Berichte eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung. Er konkretisiert außerdem, wie die Überführung in die Regelversorgung erfolgen soll. Insgesamt 643 Projekte hat er bisher für die Förderung ausgewählt. Aktuell sind über 300 Projekte in der Förderung.

Der Ausschuss setzt sich aus zehn Mitgliedern zusammen, die von den verschiedenen Organisationen der Selbstverwaltung im

Gesundheitswesen entsandt werden. Zudem sind das BMG und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) vertreten, und auch die Patientenvertretung ist über ein Mitberatungs- und Antragsrecht eingebunden. Unterstützt wird der Ausschuss von einem Expertenpool aus Wissenschaft und Versorgungspraxis. Zudem werden vom Innovationsausschuss über ein offenes Konsultationsverfahren Vorschläge für Förderschwerpunkte und -kriterien eingeholt.

Werden die Gelder sinnvoll investiert?

Für jeden einzelnen für die Förderung eingesetzten Euro sei man der Versichertengemeinschaft Rechenschaft darüber schuldig, dass „etwas Vernünftiges“ mit dem investierten Geld geschehen sei, erklärte Hecken. Wichtig sei außerdem, die Ergebnisse der Öffentlichkeit kundzutun. Das bedeute nicht nur, die Messzahl anzulegen, was eins zu eins in der Regelversorgung am Ende abgebildet werde, sondern auch Projekte öffentlich zu adressieren, die nicht durch Überführungs-Empfehlungen an Dritte gegeben würden. Mindestens 15 bis 30 % der abgeschlossenen Projekte müssten zudem entweder in die Versorgung, in die Verträge, in Disease-Management-Programme (DMP) oder in die Regelversorgung gebracht werden. Der Innovationsausschuss des G-BA sei verpflichtet binnen zwölf Monaten zu überführen oder begründet darzulegen, wieso das nicht der Fall sei. Seit der Verstetigung seien die Adressaten von Überführungs-Empfehlungen verpflichtet dem Innovationsausschuss innerhalb eines Jahres über die Umsetzung Rückmeldungen zu geben.

Hecken hätte sich eine stärkere Verpflichtung der Adressaten von Überführungs- oder Weiterführungs-Empfehlungen gewünscht, sich gegenüber dem BMG oder der Politik zu rechtfertigen, „wieso aus bestimmten Erkenntnissen – binnen einer angemessenen Frist – keine Folgerungen gezogen worden sind“. Das sei für ihn der entscheidende Messfaktor, um beurteilen zu können, ob das investierte Geld sinnvoll ausgegeben worden sei.

Initiativen zur Förderung von Gesundheit und Lebensqualität

Dem Bewegungsmangel geht's an den Kragen

„Nur wenn sich Deutschland mehr bewegt, werden wir auch gesünder älter.“ So die Aussage von Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) anlässlich des zweiten Bewegungsgipfels der Bundesregierung am 12. März 2024, auf dem die Ergebnisse des vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) initiierten Runden Tisches Bewegung und Gesundheit und der Entwicklungsplan Sport vorgestellt wurden. Nach aktuellen Daten sei der Bewegungsmangel in Deutschland über alle Altersgruppen hinweg weit verbreitet, wird in dem Konsenspapier des Runden Tisches betont.

„Bewegung hat in jedem Alter umfassende Gesundheitswirkungen auf körperlicher, psychischer und auch sozialer Ebene“, erklärt Sabine Dittmar MdB, Parlamentarische Staatssekretärin im BMG, im Vorwort des Papiers. Bewegung trage dazu bei, viele nichtübertragbare Krankheiten zu verhindern und ihre Folgen einzudämmen. In dem Konsenspapier wurden Handlungsbedarfe ausgearbeitet und Maßnahmen zur Bewegungsförderung vereinbart.

Der Runde Tisch ordnet sich ein in eine gemeinsame Initiative von Bund, Ländern, Kommunen und Sportverbänden unter der Leitung der Bundesinnenministerin Nancy Faeser und des Bundesgesundheitsministers, einen gemeinsamen Impuls für die Stärkung von Bewegung und Sport zu setzen. Mit diesem Ziel fand am 13. Dezember 2022 ein Bewegungsgipfel mit dem Motto „Bewegung und Sport für Alle“ statt. Das BMG hat sich in der Gipfelerklärung verpflichtet, mit dem Runden Tisch Bewegung und Gesundheit Gesundheitsförderung durch Bewegung weiter zu stärken. Die vereinbarten Maßnahmen zur Stärkung und Förderung von Bewegung fanden Eingang in ein Konsenspapier. Zur Stärkung von Sport hat sich das Bundesministerium des Innern und für Heimat in gleicher Gipfelerklärung verpflichtet und hierfür die Erarbeitung eines Entwicklungsplans Sport auf den Weg gebracht.

Weniger Sport zu Pandemie-Zeiten

„Der Bewegungsmangel ist ein wachsender Risikofaktor für Herzkrankheiten, Krebs, Demenz und Depressionen. Kein Arzneimittel wirkt besser auf so viele Krankheiten“, bekräftigt Lauterbach am Tag des zweiten Bewegungsgipfels. Bewegung sei der Schlüssel für eine gesündere Bevölkerung. Zusätzlich zum Bewegungsmangel in Deutschland deuteten laut dem Konsenspapier des Runden Tisches Studien darauf hin, dass während der Covid-19-Pandemie, aufgrund der damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen, überwiegend die körperliche Aktivität der Menschen in allen Altersgruppen zurückgegangen sei. Einem aktuellen Bericht der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 2022 zu Folge entstanden durch nichtübertragbare körperliche und

psychische Erkrankungen, die mit Bewegungsmangel in Zusammenhang stehen, jedes Jahr Kosten in Höhe von rund 2,8 Mrd. Euro für das deutsche Gesundheitssystem. Nicht eingerechnet seien hier wirtschaftliche Folgekosten.

Für die unterschiedlichen Lebensphasen der Menschen gelten spezifische Bewegungsempfehlungen. So sollen Kindergartenkinder sich 180 Minuten täglich bewegen, Schulkinder und Jugendliche mindestens 60 bis 90 Minuten. Erwachsene sollten laut dem Konsenspapier mindestens 150-300 Minuten pro Woche ihre Ausdauer moderat oder mindestens 75-150 Minuten wöchentlich in höherer Intensität trainieren. Mindestens zwei Mal pro Woche sollten zusätzlich muskelkräftigende Aktivitäten von Erwachsenen durchgeführt werden.

Jedoch würden nur knapp die Hälfte der Vier- bis Fünfjährigen sich ausreichend bewegen. Bei den Elf- bis 17-Jährigen seien es nur 15 %. Und bei den 18- bis 64-Jährigen würde gerade die Hälfte die Empfehlungen zur Ausdauer erfüllen. „Wenn zusätzlich die Empfehlungen zur Muskelkräftigung berücksichtigt werden, sind es sogar nur ein Drittel“, wird im Papier konstatiert. Auffällig sei, dass sich mit zunehmendem Alter ein immer geringerer Anteil ausreichend bewege. Bei den über 65-Jährigen erreichten nur 37 % die Empfehlungen zur Ausdaueraktivität. Werden die Empfehlungen für Muskelkräftigung mitberücksichtigt, erreichten nur 18 % die Empfehlungen.

Ein Orientierungsrahmen als Motivation

Auf allen politischen Ebenen und in vielen gesellschaftlichen Bereichen würden Anstrengungen unternommen, um Bewegung zu fördern, wird in dem Konsenspapier hervorgehoben. Aktuelle Daten zum Bewegungsverhalten in Deutschland belegten jedoch, dass weiterhin Handlungsbedarf bestehe. So soll unter anderem ein Nationales Kompetenzzentrum für Bewegungsförderung geschaffen werden, um vorhandenes Wissen zu bündeln, aufzubereiten und verfügbar zu machen sowie Akteure und ihre Maßnahmen zu koordinieren. Des Weiteren plant das BMG die Aktualisierung der „Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“, die 2016 erschienen waren. Diese stellten für alle Akteure im Feld einen wichtigen Orientierungsrahmen für ihre Arbeit dar. So sollen z. B. Empfehlungen für Menschen mit Behinderung und hochbetagte Menschen erarbeitet werden.

Um die Sichtbarkeit und Reichweite der vorhandenen Angebote zu erhöhen, sollen Akteure Datenbanken mit Bewegungs- und Sportangeboten bündeln und gemeinsam bekanntmachen. So ist zum Beispiel geplant, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bereits vorhandene Informations- und Aufklärungsmaterialien sowie Ansätze der Bewegungsförderung in einem übergreifenden Internetangebot zu Bewegung zusammenführt.

Außerdem könnte die ärztliche Praxis bei der Motivation zu regelmäßiger Bewegung eine größere Rolle spielen, wird in dem Papier erläutert. Dafür könnte beispielsweise das „Rezept für Bewegung“ des Deutschen Olympischen Sportbunds (DOSB), der Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) in den Praxen bekannter gemacht werden, um dessen Nutzung zu stärken. Durch das „Rezept für Bewegung“ könne der ärztlichen Empfehlung zu einem körperlich aktiven Leben mehr Nachdruck verliehen und Patientinnen und Patienten auf dem Weg zu mehr Bewegung und aktiver Lebensführung unterstützt werden, erläutert die BÄK auf ihrer Webseite. Um die Ärzteschaft zu entlasten, wären dem Konsenspapier nach auch Kooperationen mit anderen Akteuren denkbar. Neben der verbesserten professionellen ärztlichen Beratung sei auch die Vermittlung an lokale Bewegungsangebote wichtig, daher wird im Papier empfohlen, dass die Bekanntheit und Nutzung bereits vorhandenen Datenbanken wie z. B. die digitale Bewegungslandkarte (BeLa) auch in den ärztlichen Praxen erhöht werden.

Prävention als Schlüssel

Zur Verbesserung des Monitorings zu körperlicher Aktivität in der Bevölkerung strebt das Robert Koch-Institut (RKI) an, ein übergreifendes Konzept für das Monitoring des körperlichen Aktivitäts- und Sportverhaltens in allen Bevölkerungsgruppen zu entwickeln. Ziel ist es, die Datenbasis für Bewegungsförderung weiter zu verbessern und für gesundheitspolitische Entscheidungen bereit zu stellen.

Der 128. Deutsche Ärztetag hatte in Bezug auf Bildung in einem Beschluss die Bundesländer aufgefordert, an deutschen Schulen das Fach „Gesundheit“ zu Themen aus den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention einzuführen. Dazu gehöre u. a. die Vermittlung altersgerechten Wissens über Erste Hilfe, die Möglichkeiten zur Suchtvermeidung, die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels, sowie die Bedeutung einer ausgewogenen und gesunden Ernährung und auch ausreichender Bewegung. „Viele der gesundheitlichen Probleme, die in den Kliniken und ärztlichen Praxen diagnostiziert werden, sind gesellschaftlich bedingt und könnten durch eine frühzeitige Förderung gesundheitlicher Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter verhindert oder zumindest abgemildert werden“, so die Begründung.



Erwachsene sollten ca. 150-300 Minuten pro Woche ihre Ausdauer trainieren.

Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze

Ein Engpass ist unvermeidlich

Ist die Versorgung in Gefahr? Bis 2040 fehlen durchschnittlich fast 2.500 ärztliche Nachbesetzungen. Das zeigt die aktualisierte „Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland“ des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland (Zi). Von 2022 bis 2040 würden damit kumuliert rund 50.000 Ärztinnen und Ärzte fehlen, um die derzeit 73 Millionen gesetzlich Versicherten auf dem gewohnt hohen medizinischen Niveau versorgen zu können.

„Unsere Analyse zeigt, dass frühere Versäumnisse in der Ausbildung in den kommenden zehn Jahren nicht mehr aufzuholen sind. Der Mangelumfang wird aber auch stark davon abhängen, wie gut es gelingt, international attraktive Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit zu schaffen und Ärztinnen und Ärzte dazu zu motivieren, möglichst lange und engagiert in der medizinischen Versorgung zu bleiben“, so der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried.

2019 hat das Zi erstmals eine Projektion zur Einschätzung des Bedarfs an Studienplätzen im Fach Humanmedizin veröffentlicht. Die bereits vor fünf Jahren drängenden Herausforderungen wie der demografische Wandel und die Altersstruktur der Ärzteschaft bestehen laut Zi unvermindert fort. Nach der aktualisierten Bedarfsprojektion steigt der jährliche Nachbesetzungsbedarf, über alle Versorgungsbereiche hinweg betrachtet, bis 2025 auf knapp 16.000 Medizinerinnen und Mediziner. Erst danach sinke er allmählich leicht ab. Bis 2040 sind pro Jahr knapp 12.000 Stellen nachzubeseetzen. Im Vergleich zwischen dem vertragsärztlichen und dem stationären Sektor sowie sonstigen Bereichen zeigt sich, dass der Nachbesetzungsbedarf im vertragsärztlichen Sektor kurz- und mittelfristig am größten ist. „Dies reflektiert vor allem die Tatsache, dass Vertragsärzt:innen im Basisjahr 2021 durchschnittlich älter sind als Krankenhausärzt:innen“, erläutert das Zi. Der Nachbesetzungsbedarf an niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten beträgt bis 2030 jährlich rund 8.000 bis 9.000 Köpfe. Bis zum Jahr 2040 sinkt diese Zahl auf knapp 5.000 pro Jahr ab. Ohne zusätzliche Studienplätze bzw. ohne weitere Zuwanderung aus dem Ausland würde die vertragsärztliche Behandlungsleistung bis zum Jahr 2040 auf 74 % des heutigen Niveaus (Referenzjahr: 2021) sinken.

Anreize müssen geschaffen werden

Ein Engpass in der medizinischen Versorgung in Deutschland sei durch heutige Ausbildungskapazitäten nicht mehr abzuwenden. „Selbst wenn kurzfristig die Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin erhöht würden, kämen die Auswirkungen aufgrund der Länge der Ausbildung erst nach ca. 15 Jahren in der Versorgung an“, heißt es in dem Fazit der Bedarfsprojektion. Angesichts der Versäumnisse, frühzeitig dem erwarteten Mangel an Ärzt:innen durch ein Aufstocken der Studienplätze entgegenzuwirken, würden Engpässe in der medizinischen Versorgung daher nur durch flankierende Maßnahmen annähernd kompensiert werden können. Hierzu zählten Anreize für berufstätige Ärztinnen und Ärzte, sich möglichst lange und mit voller Arbeitskraft in der medizinischen Versorgung zu engagieren, die Entlastung von arztfremden Verwaltungsarbeiten sowie die Erweiterung ärztlicher Delegationsmöglichkeiten.

Aufgrund der schwierigen Ausgangslage sei von einem steigenden weltweiten und innerdeutschen Wettbewerb um ausgebildete Mediziner:innen auszugehen. „In ganz Europa zeichnet sich ein zunehmender Fachkräftemangel in der medizinischen Versorgung ab. Wir befinden uns mitten in einem ‚war for talents‘ um ausgebildete Medizinerinnen und Mediziner. Es dürfte daher künftig noch herausfordernder werden, das heutige medizinische Leistungsangebot in Zukunft flächendeckend zu stabilisieren und eine Benachteiligung strukturschwächerer Regionen zu verhindern“, erklärte von Stillfried.

Der Analyse nach würden weitere Risiken daraus erwachsen: niedergelassene Ärztinnen und Ärzte könnten aufgrund steigender Arbeitsbelastung sowie dem Wunsch nach einer besseren Work-Life-Balance der ambulanten Versorgung immer häufiger den Rücken kehren oder ihren Tätigkeitsumfang reduzieren, indem sie in ein Anstellungsverhältnis wechseln. Ein weiterer Stressfaktor sei die zunehmende Belastung ärztlicher Arbeitszeit mit einer „Flut von Verwaltungsaufgaben und sinnentleerter Digitalisierungsmaßnahmen“. Hier gelte es Anreize zu setzen, damit sich ein überdurchschnittliches zeitliches Engagement auch überdurchschnittlich lohne, was durch die bestehende Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung konterkariert werde.



Gut 31 Prozent der Human- und Zahnmediziner sind 55 Jahre oder älter.

Medizinstudium im Ausland

Ein Beitrag zur Reduktion des Ärztemangels?

Mindestens 7.500 Deutsche studieren Medizin im Ausland. Damit entscheidet sich etwa jeder zehnte Medizinstudierende aus Deutschland für ein Studium im Ausland. Besonders Studiengänge in Ost- und Südosteuropa punkten bei Studierenden mit einem guten Betreuungsschlüssel, kosten aber 10.000 Euro und mehr im Jahr. Dies zeigt eine aktuelle Publikation des Centrums für Hochschulentwicklung (CHE) im Rahmen der Reihe DUZ Spotlight, die Zulassungsbedingungen und Studienkosten für 86 internationale Medizinstudiengänge an 84 europäischen Hochschulen aufführt. Die Autoren stellten sich auch der Frage, ob die Nutzung von Studienkapazitäten im Ausland eine adäquate Lösung für das bevorstehende Problem des Hausärztemangels in Deutschland darstellt.

Viele Bewerber:innen erhalten letztlich keinen Studienplatz in Deutschland, so die Autoren. Im Wintersemester 2021/22 standen den rund 10.000 Studienplätzen für Humanmedizin in Deutschland mehr als 45.000 Bewerber gegenüber. Nicht zuletzt wegen des mangelnden Studienplatzangebots und den hohen Zugangshürden in Deutschland studierten manche Humanmediziner im Ausland. Die für die Publikation befragten ausländischen Hochschulen nannten darüber hinaus noch andere Faktoren, zum Beispiel die Qualität des ausländischen Studiums, kleine Gruppengrößen und damit verbunden die gute Erreichbarkeit der Lehrenden oder einen hohen Praxisanteil.

Für ein Studium der Medizin im Ausland gibt es zwei Varianten:

1. Die Absolvierung eines regulären Medizinstudiengangs im Ausland – zum Beispiel in Österreich, der Schweiz oder den Niederlanden.
2. Der Abschluss eines speziellen Studienangebots für internationale Studierende in Ländern wie Ungarn, Polen und Rumänien – teils komplett deutschsprachige Studiengänge.

Bei diesen zwei Varianten gibt es einige Unterschiede. So gelten laut den Autoren in den regulären Studiengängen in EU-Ländern für deutsche Studierende die gleichen Voraussetzungen und Bedingungen, auch die gleichen Studiengebühren wie für einheimische Studierende, während in den speziellen Studiengängen für internationale besondere Zulassungsvoraussetzungen und insbesondere spezifische Studiengebühren gelten, die bis zu 29.800 € pro Jahr betragen. Die Zulassungskriterien unterscheiden sich an den meisten Hochschulen ebenfalls. So ist die Abiturnote bei den betrachteten Universitäten in Südost- oder Osteuropa bei der Zulassung in der Regel kein oder nur eines unter mehreren Kriterien. Zum Teil müssen allerdings Leistungskurse in naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern nachgewiesen werden. Daneben beziehen fast alle (süd-)osteuropäischen Hochschulen bei der Zulassung von Studienbewerbern Faktoren ein, die sich jenseits von Schulnoten bewegen. Insbesondere Motivationsschreiben sowie Auswahlgespräche und -tests spielen, neben Sprachkenntnissen, eine große Rolle.

Bezogen auf die Anerkennung eines solchen Studiums führten die Autoren aus, dass die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG die Anerkennung einer im europäischen Ausland erworbenen ärztlichen Grundausbildung prinzipiell garantiere. Voraussetzung für die Gewährung der Approbation in Deutschland sei, dass der Studiengang im Studienland zur Approbation berechtige. In einigen Fällen gebe es jedoch Hindernisse: Seit Mitte 2019 sei beispielsweise die Anerkennung polnischer Abschlüsse problematisch.



Zum Teil müssen Leistungskurse in naturwissenschaftlichen Grundlagenfächern nachgewiesen werden.

Die Autoren wiesen darauf hin, dass aufgrund der hohen Zahlen das Medizinstudium im Ausland im Grundsatz auch einen Beitrag zur Verringerung des Ärztemangels leisten könne. Es sei aber unklar, wie viele der deutschen Absolventinnen und Absolventen nach Abschluss des Studiums überhaupt in Deutschland eine ärztliche Tätigkeit aufnehmen. Um hier Evidenz zu schaffen, bedürfe es einer besseren Erfassung der Approbationen nach im Ausland erworbenen Medizinabschlüssen seitens der Länder. Einige Bundesländer beziehungsweise Regionen hätten zudem Kooperationsmodelle mit Hochschulen in Ungarn, Kroatien und Bulgarien etabliert, die im Kleinen Äquivalente zu den Landarztprogrammen einiger Bundesländer darstellten. Die CHE Autoren empfehlen, den deutschen Medizinstudierenden im Ausland mehr Beachtung zu schenken. Relevante Interessensgruppen und -vertreter, wie die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) sprechen sich für die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen im Inland anstatt der Inanspruchnahme von Studienkapazitäten im Ausland, aus.

Atemnot und Ausschläge: Fokus Innere Medizin



Interdisziplinäres Wissen ist für Praktizierende aller Fachrichtungen essenziell, um die besten Behandlungsentscheidungen für ihre Patientinnen und Patienten zu treffen. Der Hartmannbund und AMBOSS präsentieren Ihnen deshalb eine neue Artikelserie: In den kommenden Ausgaben stellen wir verschiedene Anwendungsfälle für interdisziplinäres Medizinwissen aus unterschiedlichen Fachrichtungen vor.

Im ärztlichen Alltag immer auf dem aktuellen Stand der Forschung zu bleiben und keine neue Leitlinienempfehlung zu verpassen, ist häufig herausfordernd. Insbesondere Internistinnen und Internisten haben jeden Tag mit den unterschiedlichsten Fragestellungen und selten nur mit ihrer eigenen Fachrichtung zu tun.

AMBOSS unterstützt mit umfassendem leitliniengerechten Expertenwissen dabei, am Ball zu bleiben. Der schnelle Zugang erleichtert es, immer wieder zwischendurch etwas nachzuschlagen, um sich bei konkreten Behandlungsfällen rückzuversichern. Dadurch setzen sich Praktizierende konstant mit den aktuellen Behandlungsempfehlungen auseinander, halten ihr Wissen dabei automatisch aktuell und bauen es kontinuierlich aus.

Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) nach aktuellen Leitlinien

Für die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) z.B. wurde in der zuletzt veröffentlichten Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) eine neue, pragmatische, symptom-basierte Klassifikation vorgestellt, die sich von der internationalen GOLD-Klassifikation (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) unterscheidet und relevant für die Therapieentscheidung nach

Stufenschema ist. Zudem wurden in den aktuellen GOLD-Reports neue Empfehlungen zum Management bei akut exazerbierter COPD veröffentlicht, insbesondere konkrete Kriterien für eine Krankenhauseinweisung. Damit Praktizierende auf Station oder in der Praxis möglichst unkompliziert auf diese Neuerungen zugreifen können, wurde das AMBOSS-Kapitel entsprechend den aktuellen COPD-Leitlinien aktualisiert und zudem ein passender, neuer Online-CME-Kurs zum Thema erstellt.

Zum kostenfreien Refresher-Kurs (3 CME-Punkte) gehört auch die Podcast-Folge „COPD: Von der Erstdiagnostik bis zur Palliation“, in der die AMBOSS-Redaktion mit Prof. Wolfram Windisch, Präsident der DGP, das Krankheitsbild näher beleuchtet. Der Fokus liegt u.a. auf den verschiedenen Klassifikationen der COPD, dem Management bei akuter Exazerbation und den Maßnahmen bei chronischer respiratorischer Insuffizienz.

Der Refresher-Kurs lässt sich gut in den Alltag einbinden, z.B. auch in die Mittagspause oder den Heimweg – zeitlich unabhängig und flexibel. Bei Interesse: go.amboss.com/copd

Erythema nodosum sicher diagnostizieren und schnell therapieren

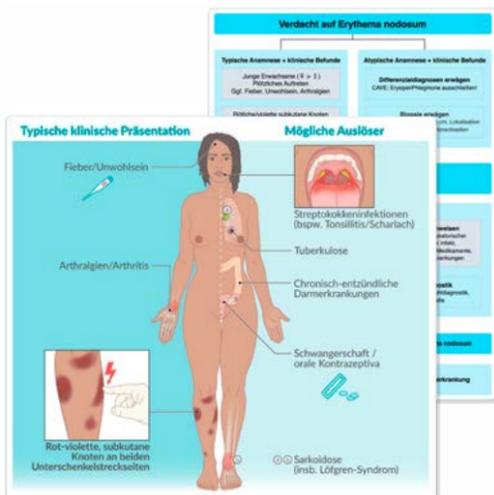
Das Erythema nodosum (Knotenrose) ist ein relativ häufiges Krankheitsbild, das Ärztinnen und Ärzten sowohl im ambulanten Sektor als auch im Krankenhaus (häufig in der Notaufnahme) begegnen kann. Aufgrund des breiten Spektrums möglicher Auslöser

finden sich Berührungspunkte mit den verschiedensten Fachdisziplinen, u.a. mit der Allgemeinmedizin, Dermatologie, Infektiologie, Rheumatologie und Gynäkologie. Detaillierte Tabellen zu Ätiologie und Differenzialdiagnosen, nach klinischer Relevanz sortiert und um Bildmaterial ergänzt, können das Zeitintervall bis zur Diagnosestellung und Therapieeinleitung entscheidend verkürzen.

Das im März 2024 aktualisierte AMBOSS-Kapitel enthält zudem ein übersichtliches Flowchart zum Vorgehen bei Verdacht auf Erythema nodosum. Aufgrund potenziell schwerer Grunderkrankungen ist ein genaues diagnostisches Aufarbeiten trotz häufig knappen Zeitmanagements essenziell – pragmatische Handlungsanweisungen vereinfachen nun den diagnostischen Ablauf, ohne wichtige Schritte auszulassen. In einer ebenfalls komplett neu erstellten Symptomkarte kommen außerdem alle wichtigen Fakten zum Erythema nodosum inklusive der wichtigsten Auslöser und Therapieoptionen auf einen Blick zur Darstellung.

Zum Ausprobieren der Inhalte und integrierten Fortbildungskurse im eigenen Klinik- und Praxisalltag erhalten alle Hartmannbund-Mitglieder 3 Monate kostenfreien Zugang zu AMBOSS. Danach gibt es das Jahresabo mit einem dauerhaften Preisvorteil von 10 %. Der Mitgliedervorteil kann hier aktiviert werden: go.amboss.com/hartmannbund

Medikamentöse Langzeittherapie der COPD nach NVL		
Symptome im Vordergrund		
Leichte bis mittelgradige Symptome	Mittelgradige bis schwere Symptome	Exazerbationen im Vordergrund
<ul style="list-style-type: none"> Keine Therapie oder Bedarfsmedikation mit SAMA oder SABA oder Dauertherapie mit LAMA oder LABA 	<ul style="list-style-type: none"> LAMA oder LABA oder LAMA + LABA 	<ul style="list-style-type: none"> Ersttherapie: Immer LAMA ☐, ggf. + LABA Eskalationsstufen <ul style="list-style-type: none"> LAMA → Zusätzlich LABA ☐ LAMA + LABA → Zusätzlich ICS ☐ Ggf. Roflumilast ☐



CarFleet24 – Es muss nicht gleich die Luxuslimousine sein!

Unser Tipp: Wer nur von A nach B will, fährt auch mit einem Kleinst- oder Kleinwagen günstig!

Lifestyle, Design, Komfort und sportlichen Fahrspaß: Das steht oft im Fokus, wenn man ein Auto kauft. Aber manchmal benötigt man ein Fahrzeug einfach nur zu einem Zweck – als Fortbewegungsmittel.

In diesem Fall spielt der Preis eine größere Rolle als Ausstattung oder Motorleistung. In bestimmten Lebenssituationen hat man nur ein geringes Budget zur Verfügung. Auf Mobilität verzichten kommt aber nicht infrage, beispielsweise aus beruflichen Gründen.

Die gute Nachricht. Es gibt vernünftige, preiswerte Autos, mit denen man gut und schnell ans Ziel kommt.

Damit Ihnen die Suche etwas leichter fällt, haben wir für Sie selbstverständlich preiswerte Aktionsmodelle zusammengestellt. Und je mehr Gedanken Sie sich im Vorfeld machen, umso zielgerichteter können wir gemeinsam für Sie einen günstigen Neuwagen suchen und finden.

Das CarFleet24-Team freut sich schon jetzt auf Ihre Anfrage. Sicherer, bequemer und vor allem günstiger geht es nicht.

Wir bringen für Sie volle Leistung in jedem Bereich!

Dieser Service ist für Sie selbstverständlich kostenlos!

Kontakt

CarFleet24

www.carfleet24.de

Passwort: hartmannbund

Fon: 089 - 41114659

Fax: 01805 – 717108*

E-Mail: kundenbetreuung@carfleet24.de

* [0,14 €/Min. aus dem Festnetz; max. 0,42 €/Min. aus den Mobilfunknetzen]

Früh genug informieren!

Wie berechnet sich bei Rentenbezug der Krankenversicherungsbeitrag in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung?

Der Ruhestand ist noch in weiter Ferne? Dennoch zahlt es sich aus, schon früh über die Krankenversicherung im Alter nachzudenken.

In der **gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** werden die Beiträge generell prozentual von den beitragspflichtigen Einnahmen erhoben. Für die Berechnung des Beitrages wird der allgemeine Beitragssatz sowie ein Zusatzbeitrag, der je nach Krankenkasse variiert, berechnet. Die Einnahmen werden insgesamt höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Zusätzlich muss ein Beitrag zur Pflegeversicherung gezahlt werden. Für die Berechnung des Pflegebeitrages wird ein bundeseinheitlicher Beitragssatz zugrunde gelegt. Kinderlose Versicherte müssen einen Zuschlag auf den bundeseinheitlichen Beitragssatz zahlen. Hat das GKV-Mitglied jedoch Kinder, so reduziert sich seit dem 01.07.2023 die Höhe des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung – abhängig von der Anzahl der Kinder.

Anders als in der GKV wird der Beitrag in der **Privaten Krankenversicherung (PKV)** einkommensunabhängig berechnet – Renten aus dem ärztlichen Versorgungswerk sowie weitere individuelle Einkünfte sind somit irrelevant. Für die Höhe des Beitrags spielen bei Antragsstellung mehrere Faktoren eine Rolle: das Eintrittsalter, der gewählte Tarif, die damit verbundenen Leistungen und der Gesundheitszustand des Versicherten. Wichtig: Die vereinbarten Leistungen sind in der PKV lebenslang vertraglich garantiert. Während in der GKV die Leistungen vom Gesetzgeber jederzeit geändert oder sogar gestrichen werden können.

In der PKV können – gemäß gesetzlich definierter Vorgaben – Beitragsanpassungen erforderlich sein. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, gibt es in der PKV Instrumente, die zur Beitragsstabilisierung im Alter beitragen. Beispielsweise bildet jeder Versicherte mit seinem Beitrag sogenannte Alterungsrückstellungen. Hierbei wird ein Teil des Beitrags als Vorsorgepolster angespart und im Alter sukzessive aufgelöst.

Diese Alterungsrückstellung wird verzinslich angelegt. Dadurch werden in der Regel Zinsgewinne erzielt, die über den garantierten Zins hinausgehen und zu einer zusätzlichen Alterungsrückstellung angespart werden, die ebenfalls im Alter zur Reduktion der Beiträge genutzt wird. Zusätzlich bieten private Krankenversicherungen einen sogenannten Beitragsentlastungstarif an, um die PKV-Beiträge im Alter zusätzlich zu reduzieren.

Ermittlung des GKV-Beitrages im Rentenalter: In der gesetzlichen Krankenversicherung ist wichtig, welchen Versicherungsstatus der Rentner in der GKV hat. Hier wird zwischen pflichtversicherten und freiwillig versicherten Rentnern unterschieden. Aber was bedeutet das konkret?

Um den Status des **pflichtversicherten Rentners** zu erfüllen, muss ein Anspruch auf eine Rente aus der Deutschen Rentenversicherung bestehen und diese beantragt sein. Zusätzlich muss der Versicherte mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte seines Erwerbslebens in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert gewesen sein (egal ob freiwillig versichert oder als Pflichtmitglied). Dann wird er in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) **versicherungspflichtig**. Werden diese Kriterien nicht erfüllt, dann ist der Rentner **freiwillig** versichert.

Bei der Berechnung des Beitrages eines **pflichtversicherten** Rentners werden neben der gesetzlichen Rente aus der Deutschen Rentenversicherung auch ausländische gesetzliche Renten, Versorgungsbezüge (u.a. Renten aus dem ärztlichen Versorgungswerk und betriebliche Alters-

vorsorgen) sowie Einkünfte aus einer nebenberuflichen Tätigkeit berücksichtigt.

Ist der **Rentner freiwillig versichert**, dann werden für die Berechnung des GKV-Beitrages alle Einkunftsarten (Rente, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus einer nebenberuflichen Tätigkeit und Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung sowie aus Kapital-einkünften) herangezogen. Allerdings werden nur Einkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze (2024: 5.175 EUR) berücksichtigt.

Beitragszuschuss bei Rentenbezug auch für Mitglieder des ärztlichen Versorgungswerkes?

Sofern eine Rente aus der Deutschen Rentenversicherung bezogen wird, erhält der Versicherte einen Beitragszuschuss durch seinen Rentenversicherungsträger. Dieses gilt sowohl für gesetzlich wie auch für privatversicherte Rentner. Der Zuschuss beträgt maximal 50% des tatsächlichen Krankenversicherungsbeitrages – die Pflegeversicherung wird nicht bezuschusst. Mitglieder (GKV oder PKV versichert) des ärztlichen Versorgungswerkes, die daneben keinen Anspruch auf eine Rente aus der Deutschen Rentenversicherung haben, erhalten hingegen **keinen Zuschuss** zu ihrer Kranken- und Pflegeversicherung. Hier ist es bei privat Versicherten ratsam, den bereits erwähnten Beitragsentlastungstarif frühzeitig abzuschließen, um so im Rentenalter den PKV-Beitrag entsprechend zu senken.

Haben Sie Fragen rund um dieses Thema, dann hilft Ihnen die Deutsche Ärzte Finanz gerne weiter.



Risiken minimieren – Existenz sichern!

Als niedergelassene Ärztin oder als niedergelassener Arzt mit einer eigenen Praxis ist Ihre Arbeitskraft Ihr wichtigstes Kapital. Sollte diese ausfallen – etwa aufgrund eines Unfalls, einer schweren Krankheit, nach einem Feuer, Einbruchdiebstahl oder eines Cyber-Schadens – müssen Sie Ihre Praxis im schlimmsten Fall für mehrere Wochen schließen. Die Folge: Ihr regelmäßiges Einkommen fällt weg, während die Kosten für Miete, Personal oder Strom weiterlaufen. Hinzu kommt: Wer bezahlt den Praxisschaden und wer übernimmt die Wiederherstellungskosten der Daten und Programme? Fragen, die man sich lieber nicht stellen möchte, die sich aber jeder niedergelassene Mediziner stellen sollte.

Um den Mitgliedern des Hartmannbundes die bestmögliche Absicherung zukommen zu lassen, hat der Verband gemeinsam mit der Deutschen Ärzte Finanz, dem Standesversicherer der Ärztinnen und Ärzte, ein besonderes Paket mit Bausteinen zum Thema „Risikoabsicherung des Praxisbetriebs“ entwickelt, die „ohne Wenn und Aber“ auf die berufliche Situation von Ärztinnen und Ärzten zugeschnitten sind. Das Paket umfasst neben der Praxis-Ausfallversicherung, auch die Praxis-Vielschutz-Versicherung und die Cyber-Versicherung.

Ein Rundum-Absicherungspaket für Ihren Praxisbetrieb: Alle drei Produkte zielen auf eine Absicherung in verschiedenen Ausprägungen bei Praxisstillstand oder drohendem Praxisstillstand ab, ohne sich dabei zu überschneiden. Das Gesamtpaket wurde ausschließlich für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte konzipiert, die Mitglieder des Hartmannbundes sind. Wie das genau aussieht, belegen einige Schadenbeispiele aus der täglichen Versicherungspraxis, die Ihnen zeigen, in welchen Fällen Sie sich wirksam schützen können.

Praxisinhaltsversicherung: Sie selbst wissen am besten, wie viel Geld Sie in Ihre Praxis investiert haben und wie gravierend bei einem Schaden die finanziellen Folgen sein können. Wenn Sie Ihren Praxisbetrieb für eine Weile unterbrechen müssen, kommen zu den Wiederherstellungskosten noch die laufenden Ausgaben hinzu. Für diesen Fall gibt es ein attraktives Konzept für die Praxisabsicherung: die Praxis-Vielschutz-Versicherung. Ihr umfassender Schutz greift bei Schäden an Ihrem Praxisinventar und kommt für die Kosten bei einer Betriebsunterbrechung durch die entstandenen Schäden auf.

In der Gynäkologie-Praxis von Dr. Susanne Mierkamp* bricht ein Brand aus. Das gesamte Inventar wird zerstört und muss neu angeschafft werden. Der Wiederaufbau der Praxis wird acht Monate dauern. Die Praxis-



Vielschutz-Versicherung sichert Sie gegen Praxisschäden und Wiederherstellung von Praxisinventar bzw. Medizintechnik nach Feuer, Einbruchdiebstahl, Leistungswasser und Sturm ab. Zusätzlich versicherbar sind auch Elementar-Schäden.

Praxisausfall-Versicherung: Zwei Schadenbeispiele aus der täglichen Versicherungspraxis zeigen Ihnen, in welchen Fällen Sie sich mit einer Praxisausfallversicherung gegen die Folgen einer Betriebsunterbrechung wirksam schützen können.

Der Orthopäde Dr. Ben Silvester* fährt mit seiner Familie in den Winterurlaub. Bei einer Skiabfahrt stürzt er schwer. Im Krankenhaus vor Ort erfolgt sofort eine Not-Operation seines gebrochenen rechten Oberarms. Er ist arbeitsunfähig, fällt für mindestens vier Monate aus und erwirtschaftet in diesem Zeitraum kein eigenes Einkommen. Die Kosten seiner Praxis mit Personalkosten, Miete und weiteren Ausgaben laufen jedoch weiter. Die Praxisausfall-Versicherung deckt hier den Verdienst von Herrn Dr. Silvester und sichert die fortlaufenden Kosten in der Zeit seiner Abwesenheit und sorgt so dafür, dass seine Existenz gesichert bleibt.

Cyber-Versicherung: Cyber-Kriminalität, Cyber-Angriff, Cyber-Risiko – die Bedrohung aus dem Internet hat in Zeiten immer stärkerer Vernetzung nicht nur unterschiedliche Namen, sondern auch verschiedene Erscheinungsformen. Die Ziele der Angreifer sind

dagegen immer dieselben: Manipulation, Diebstahl und Erpressung. Auch das Gesundheitswesen ist zunehmend davon betroffen. Insbesondere der illegale Handel mit Gesundheitsdaten hat sich zu einem äußerst lukrativen Markt entwickelt. Gleichwohl unterschätzen viele Medizinerinnen und Mediziner immer noch die Gefahr, zum Opfer von Hackern und Viren zu werden. So wie Dr. Olaf Hannsen*. Seine Praxissoftware wurde an einem Wochenende gehackt, der Schaden erst im Laufe des Montags entdeckt. Ein Schadenprogramm hatte das Praxissystem befallen und im Laufe des Tages die gesamte digitale Infrastruktur der Praxis lahmgelegt. Das Problem: Klassische Sach- und Haftpflichtversicherungen erfassen Cyber-Risiken nur unzureichend. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Vertragsabschluss schon länger zurückliegt. Daher unsere Empfehlung: Sichern Sie sich und Ihre Praxis möglichst umfassend mit einer eigenständigen Cyber-Versicherung ab.

Lassen Sie sich jetzt zur Rundum-Absicherung beraten! Sprechen Sie einfach mit Ihrer persönlichen Finanzberaterin oder Ihrem persönlichen Finanzberater der Deutschen Ärzte Finanz zum Rundum-Absicherungspaket mit Praxis-Ausfallversicherung, Praxis-Vielschutz-Versicherung und Cyber-Versicherung. Weitere Informationen erhalten Sie auch über service@aerzte-finanz.de oder unter der Telefonnummer 0221 – 148 32323.

*) Die Namen wurden für diesen Artikel geändert.

Von Interlaken bis Salzburg

Die neuen Highlights der Dorint Hotelgruppe

Essential
by Dorint

Dorint
Hotels & Resorts

HOMMAGE
LUXURY HOTELS COLLECTION



Dorint Interlaken am Thunersee



Dorint Grand Tirolia Kitzbühel

Die Dorint Hotelgruppe präsentiert stolz ihre neuesten Schmuckstücke: das **Essential by Dorint Interlaken** und das **Dorint Parkhotel Bad Zuzach**. Gleichzeitig strahlen unsere beiden Hotels in **Würzburg** und **Salzburg** nach umfassenden Renovierungen in neuem Glanz. Und für spontane Ferienpläne empfehlen wir Ihnen unser faszinierendes Luxushotel **Grand Tirolia Kitzbühel**.

Essential by Dorint Interlaken am Thunersee: Im Herzen der Schweizer Alpen erwartet Sie das Essential by Dorint Interlaken am Thunersee. Unsere modernen Zimmer und Suiten begeistern Sie vom ersten Moment an. Genießen Sie den atemberaubenden Blick auf die umliegenden Berge und die türkisfarbenen Seen. Ob Wandern, Wassersport oder kulturelle Attraktionen – Interlaken hat für jeden Geschmack etwas zu bieten.

Dorint Parkhotel Bad Zuzach als Kurhotel: Das Dorint Parkhotel Bad Zuzach im idyllischen Kurort Bad Zuzach ist der perfekte Ort für alle, die sich nach einer erholsamen Auszeit sehnen. Der direkte Zugang zur Thermalquelle und ein erstklassiger Spa-Bereich mit Solebad und Fitnessraum



Dorint Würzburg

garantieren Entspannung pur und Wellness auf höchstem Niveau. Erkunden Sie die wunderschöne Umgebung bei Spaziergängen in der Natur.

Im neuen Glanz in Würzburg und Salzburg: Elegant und schick glänzen das Dorint Hotel Würzburg sowie unser Dorint City-Hotel Salzburg nach umfangreichen Renovierungen. Modernes Design trifft hier auf historischen Charme. Unsere Gäste können sich auf stilvoll eingerichtete Zimmer und exzellente Gastronomie freuen. Entdecken Sie die berühmte Weinkultur der Region und die kulturellen Schätze in

Würzburg oder erobern Sie die österreichische Metropole mit all ihren Sehenswürdigkeiten.

Grand Tirolia Kitzbühel: Für Kurzentschlossene bietet das Grand Tirolia Kitzbühel die perfekte Destination. Eingebettet in die beeindruckende Landschaft der Tiroler Alpen, erwartet Sie hier ein luxuriöses Resort mit allem, was das Herz begehrt. Ob Skifahren im Winter, Golfen im Sommer oder entspannende Stunden im preisgekrönten Spa – Kitzbühel ist zu jeder Jahreszeit ein Traumziel.

Buchen Sie jetzt Ihren Traumurlaub: Lassen Sie sich von den vielfältigen Reisezielen der Dorint Hotelgruppe inspirieren und entfliehen Sie Ihrem Alltag. Ob Wellness, Abenteuer, Sport oder Kultur – wir haben für jede Art von Auszeit die passende Unterkunft. Unsere #HotelHelden empfangen Sie mit einem Lächeln.

Mehr erfahren unter dorint.com

Wissensvermittlung hat sich verändert

Digitale Examensvorbereitung mit MEDI-LEARN Repetitorien

Seit über 30 Jahren bieten MEDI-LEARN Repetitorien Vorbereitungskurse für alle medizinischen Staatsexamina an. Die Art der Wissensvermittlung hat sich in letzter Zeit auch in der medizinischen Ausbildung stark verändert: MEDI-LEARN Repetitorien setzen mittlerweile ganz selbstverständlich auf innovative digitale Lehrmethoden. Die Prüfungsvorbereitung auf Physikum, 2. oder 3. Staatsexamen wird seit 2020 ausschließlich online in Form von Live-Schulungen oder Video-Schulungen angeboten.

MEDI-LEARN ermöglicht in digitaler Form somit weiterhin effizientes Lernen:

Der Unterricht orientiert sich eng an den relevanten Prüfungsinhalten der letzten Jahre und ist didaktisch wertvoll aufbereitet, abgerundet durch klinische Beispiele und Merkhilfen. Unterrichts begleitende Skripte und strukturierte Lernpläne unterstützen die systematische Vertiefung des Wissens durch Wiederholung und ein festes, bewährtes Konzept zur Vermittlung der wichtigen Examensinhalte.

Virtuelle Patientensimulationen und WhatsApp-Gruppen fördern die Anwendung des Gelernten und die Zusammenarbeit. Eine zusätzliche digitale Plattform



bietet rund um die Uhr Zugriff auf sämtliche Kursinhalte. Studierende loben die didaktische Aufbereitung und die praxisnahen Beispiele. Die digitale Lehre von MEDI-LEARN bietet Flexibilität und Planbarkeit und motiviert durch die in Jahrzehnten bewährte didaktische Struktur, die Hürde wichtiger medizinischer Examina leichter und stressfreier zu nehmen.

Info unter: www.medi-learn.de/digital

DIE HARTMANNBUND-APP

DIGITALISIERUNG MUSS ALLEN NUTZEN

Das ist unser Maßstab. Ob bei Digitalen Gesundheitsanwendungen oder bei unserer App – Ihrem Hartmannbund für die Hosentasche. So haben Sie berufspolitisch alles im Blick und kennen Ihre Vorteile als Mitglied des Hartmannbundes. Informativ. Aktuell. Individuell. Diagnose: Nützlich. Bleiben Sie auch auf allen anderen Kanälen auf dem Laufenden. Ob über App, www.hartmannbund.de, bei Facebook, X (vormals Twitter) oder Instagram.

DIAGNOSE:
NÜTZLICH

Hartmannbund
STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.



Inflation und Zinssenkungen

Ist der Realismus bei den Investoren zurück?



Während Investoren zu Jahresbeginn noch mit sechs Zinssenkungen der FED-Federal Reserve Bank rechneten, ist die Anzahl der Zinssenkungserwartungen bis zum Jahresende auf eins bis zwei Anpassungen gesunken. Der Grund, warum dies unrealistisch war, liegt darin, dass mehrere Zinssenkungen pro Jahr nur zu erwarten waren, wenn die Wirtschaft in einer tiefen Rezession steckte. Dies war offensichtlich nicht im Einklang mit den Gewinnen, die Unternehmen veröffentlichten, und den jeweiligen Aussichten, die sie gaben.

Was Europa betrifft, unterscheiden sich die monetären Erwartungen von denen in den USA. Diese Asymmetrie entstand aufgrund der Tatsache, dass die europäische Wirtschaft im Vergleich zu den USA deutlich schlechter gewachsen ist. Dies hängt zum Teil damit zusammen, dass die USA eine starke Präsenz von Technologieunternehmen sehen, während die europäische Wirtschaft eher von zyklischen Unternehmen geprägt ist. Insbesondere in Deutschland litten diese Unternehmen, sei es in der Automobilindustrie oder in der Chemiebranche, was den europäischen Markt im Vergleich zu den USA deutlich zurückhielt.

Die Schweizerische Nationalbank hat den Zinssatz bereits aus sehr gutem Grund gesenkt. Der Schweizer Franken war aufgrund der Rhetorik der Zentralbank gestiegen, um die Importinflation einzudämmen. Die Zentralbank hat ihr Ziel erreicht und die

Schweizer Wirtschaft hat nie eine Inflation auf dem Niveau ihrer europäischen Nachbarn erlebt. Darüber hinaus ist die Schweizer Wirtschaft stark vom Export abhängig. Ein teurer Schweizer Franken begrenzt diese Exporte. Der Rückgang zielt natürlich darauf ab, diese Währung wieder zu senken, findet aber auch im Rahmen eines Rückgangs der Inflation statt. Es ist zu erwarten, dass die Europäische Zentralbank dem Beispiel ihrer Schweizer Kollegen folgt.

Dies wird jedoch nur geschehen, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

Eine Schwächung des Arbeitsmarktes in Verbindung mit einer stabilen bis leicht rückläufigen Inflation wird zu einer regionalen Verschiebung bei den Investitionen führen, weg von gestiegenen, ja sogar überbewerteten amerikanischen Unternehmen hin zu unterbewerteten, prozyklischen, europäischen Unternehmen. Darüber hinaus wird eine Zinssenkung in Europa und eine Verlangsamung der Zinssenkungen in den USA eine Stärkung des Dollars zur Folge haben. Dies wird der europäischen Wirtschaft und dem Export zugute kommen.

Wir beobachten auch weiterhin die Entwicklung der Rohstoffpreise. Seit Jahresbeginn ist nicht nur der Ölpreis gestiegen, sondern auch der Preis von Industriemetallen wie Kupfer oder aber auch der Kakaopreis. Dies könnte einen nachhaltigen Rückgang der Inflation verhindern und somit auch das Wirtschaftswachstum verlangsamen.

Sollten die geopolitischen Spannungen nicht abnehmen und möglicherweise sogar zunehmen, würde das Auswirkungen auf den Ölpreis und somit auf die Inflation haben. Dadurch könnte die Zinssenkung erneut verzögert werden.

Unsere Vermögensverwaltung fokussiert sich auf langjährige, breit diversifizierte Anlagestrategien. Mittels sorgfältiger Evaluation analysieren wir Risiken und erarbeiten zukunftsfähige Konzepte auf Basis Ihrer individuellen Situation.

Weil Partnerschaften Versprechen sind, die sich jeden Tag neu einlösen.

Ihr Privat Banking Partner aus Liechtenstein.



Frau Jacqueline Krämer – Stv. Direktorin bei der SIGMA BANK AG – freut sich über Ihre Kontaktaufnahme unter jacqueline.kraemer@sigmabank.com oder via Telefon unter: 00423 239 04 51.



NC-frei studieren, wo andere Urlaub machen!

Medizin studieren in Portugal oder Kroatien

Studieren Sie ab Herbst 2024 in Ihrer Lieblings-Urlaubsregion. MediStart bietet Ihnen die Möglichkeit an renommierten Universitäten in Porto in Portugal oder in Rijeka bzw. Split in Kroatien zu studieren. Diese Orte sind nicht nur atemberaubende Urlaubsziele, sondern bieten auch hervorragende Möglichkeiten für ein englischsprachiges, in Deutschland automatisch anerkanntes Medizinstudium.

Porto, die zweitgrößte Stadt Portugals, ist bekannt für ihren Portwein, ihre malerische Altstadt und ihre lebendige Kultur. Doch Porto hat auch eine renommierte Privatuniversität, die eine erstklassige medizinische Fakultät beherbergt. MediStart ist die einzige offizielle Agentur der Privatuniversität in Porto. Das englischsprachige Medizinstudium in Porto bietet eine erstklassige Ausbildung in einem internationalen Umfeld. Die Universität hat sich einen Ruf für akademische Exzellenz und innovative Lehrmethoden erarbeitet.

Rijeka, die Perle der Adria ist eine dynamische Hafenstadt mit einer reichen Geschichte und einem pulsierenden kulturellen Leben. Die Stadt beherbergt auch die älteste Universität Kroatiens, die Universität Rijeka. Die Medizinische Fakultät der Universität Rijeka wurde 1955 gegründet und bietet eine hervorragende Lernumgebung. Durch kleine Gruppen werden die Studenten individuell gefördert. Der Unterricht erfolgt in englischer Sprache, die Lehre am Krankenbett dank MediStart auch in deutscher Sprache: MediStart-Studenten können an **deutschen Lehrkrankenhäusern** ohne Zusatzgebühren im 4., 5. und 6. Studienjahr klinische Praktika und Studienzeiten verbringen. In Rijeka ist es möglich Human- und Zahnmedizin zu studieren.

Split, die größte Stadt an der dalmatinischen Küste, ist ein weiteres großartiges Ziel für Medizinstudenten. Mit ihrer beeindruckenden antiken Architektur und ihrem lebhaften Stadtleben bietet Split eine einzigartige Kombination aus historischem Flair. Das englischsprachige Medizinstudium an der Universität Split, Kroatien, hat sich in den letzten Jahren als attraktives Ziel für internationale Studierende etabliert. Die Medizinische Fakultät in Split bietet ein sechsjähriges Programm in Humanmedizin an, das vollständig auf Englisch unterrichtet wird. Ein weiterer Vorteil des Studiums in Split ist die starke internationale Gemeinschaft. Studierende aus der ganzen Welt kommen hierher, was den kulturellen Austausch und die globale Perspektive fördert. Diese Vielfalt trägt auch zu einem dynamischen und integrativen Lernumfeld bei.

Ein Medizinstudium in Porto, Rijeka oder Split bietet die einmalige Gelegenheit, eine erstklassige Ausbildung mit dem Leben in einigen der schönsten und kulturell reichsten Städte Europas zu kombinieren.

Diese Städte bieten nicht nur exzellente Studienmöglichkeiten, sondern auch ein Lebensumfeld, das Studierende dazu einlädt, ihre Freizeit in atemberaubenden Landschaften und lebendigen Kulturen zu genießen. Wer also NC-frei Medizin studieren und gleichzeitig dort leben möchte, wo andere Urlaub machen, sollte Porto, Rijeka oder Split in Betracht ziehen.



Sie können sich schon jetzt bewerben, auch wenn Sie Ihr Abitur erst im Sommer erhalten. Für die Zulassung an diesen Universitäten ist Ihre Abiturnote nicht entscheidend. Das Zulassungsverfahren wird von MediStart über den MediTest-EU unabhängig von Noten und belegten Schulfächern organisiert. Der MediTest-EU besteht aus einem Multiple-Choice-Test in den Naturwissenschaften sowie einem Motivations-Interview. Dieser kann jederzeit online von zu Hause aus geschrieben werden.

MediStart berät gerne zu den individuellen Voraussetzungen und Möglichkeiten. Durch individuelle Coachings bereitet MediStart seine Mandanten optimal auf den MediTest-EU vor, damit frühzeitig ein Studienplatz für den Start im Herbst 2024 gesichert werden kann. MediStart begleitet die Bewerber von Anfang an, sorgt für einen reibungslosen Ablauf während der gesamten Bewerbungsphase und betreut vor Ort - mit einer hervorragenden Erfolgsquote von bislang 100% in diesen drei Städten!

Informationsblätter und Auftragsformulare können kostenfrei unter www.medistart.de sowie telefonisch +49 (0)30 544 538 871 angefordert werden. Es besteht außerdem die Möglichkeit zu einem kostenfreien telefonischen oder persönlichen Info-Gespräch, z.B. auf den Info-Tagen in Düsseldorf, Frankfurt am Main, Hamburg und München.

Friedrichstr. 95
 D-10117 Berlin, Deutschland
 Telefon 030-544538871
 eMail: info@medistart.de
 Internet: www.medistart.de



MEDISTART
 MEDIZIN-STUDIUM
 ohne NC & Wartezeit
 WWW.MEDISTART.DE

Ansprechpartner für Mitglieder

Der Hartmannbund steht Ihnen mit qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die politische Verbandsarbeit, die Mitgliederberatung und den Mitgliederservice zur Verfügung. Haben Sie Fragen? Dann können Sie sich direkt an Ihren Gesprächspartner wenden. Unten stehend finden Sie die Kontaktdaten. Weitere Informationen finden Sie im Internet auf www.hartmannbund.de. Schauen Sie doch mal vorbei.



Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31, E-Mail: niederlassung@hartmannbund.de

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt
Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

Ina Reiber
Tel.: 030 206208-24, E-Mail: weiterbildung@hartmannbund.de

Ausbildung/Medizinstudium

Ina Reiber
Tel.: 030 206208-24, E-Mail: medizinstudium@hartmannbund.de

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt
Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Axel Barenhoff/Sabine Haak/Sandy Stephan
Tel.: 030 206208-43, E-Mail: recht@hartmannbund.de

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46, E-Mail: finanzen@hartmannbund.de

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46, E-Mail: finanzen@hartmannbund.de

Digital Health

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs
Tel.: 030 206208-53, E-Mail: akademie@hartmannbund.de

GKV-Vertragsrecht

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31, E-Mail: niederlassung@hartmannbund.de

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31, E-Mail: niederlassung@hartmannbund.de

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46, E-Mail: finanzen@hartmannbund.de

Rechtsberatung Krankenhaus

Axel Barenhoff
Tel.: 030 206208-58, E-Mail: klinik@hartmannbund.de

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak/Sandy Stephan
Tel.: 030 206208-43, E-Mail: recht@hartmannbund.de

Sektorübergreifende Versorgung und Krankenhausstrukturen

Petra Meiners
Tel.: 030 206208-27

Regional

Regionalreferat Nord

(Landesverbände Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein)

Lena Delfs
Tel.: 030 206208-65

Regionalreferat Ost

(Landesverbände Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)

Philipp Hoffmann
Tel.: 030 206208-41

Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Jeannette Hristov
Tel.: 030 206208-62

Regionalreferat Süd

(Landesverbände Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Saarland)

Dr. Enno Schwanke
Tel.: 030 206208-56



Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

KV Sitz Gynäkologie in Braunschweig ab sofort abzugeben

Renommierte Gyn-Onko Praxis in Braunschweig sucht ab sofort Nachfolger*in. Die Praxis genießt einen sehr guten Ruf und verfügt über 4 Kassenarztsitze. Die Genehmigung zur med. Tumorthherapie ist wünschenswert aber nicht Bedingung. Auch eine Anstellung ist möglich.
Bei Interesse: lorenz@frauenaerzte-casparistr.de oder +49 1520 / 98 31 573

KV-Sitz in Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin in Burgdorf/Hannover abzugeben

Gut etablierte Hausarztpraxis im Zentrum von Burgdorf mit großem Anteil von Stamm-Patienten wünschenswerterweise zum 3. Quartal 2025 abzugeben.
Wir bieten neben kleiner Chirurgie, Sonografie, Ergometrie, Akupunktur und psychosomatische Grundversorgung. Auch werden mehrere Altenheime mitversorgt, inkl. Hausbesuchen. Ein Kollege betreibt außerdem Betriebsmedizin und wäre an Mitarbeit interessiert. Eine übergangsweise Teilzeitmitarbeit der abgebenden Ärztin im Angestelltenverhältnis zur Entlastung, wäre möglich.
Bei Interesse bitte unter Chiffre: 106242 eine E-Mail an: andrea.reich@hartmannbund.de

Praxis für Neurologie/Psychiatrie in Gerolstein/Vulkaneifel (voller Kassensitz) (Rheinland-Pfalz) ab sofort abzugeben

Praxis für Neurologie/Psychiatrie in Gerolstein/Vulkaneifel (voller Kassensitz) (Rheinland-Pfalz) ab sofort abzugeben.
Die Praxis liegt über einer Apotheke und hat einen barrierefreien Zugang von hinten, ebenerdig. Die Übernahme ist mit bis zu 39.000 Euro seitens der KV-RLP förderfähig. Miete 850 Euro kalt, ca. 1.000 Euro warm. EMG-Gerät kann kostenlos mit übernommen werden (Restwert 7.900 Euro), auch als EEG erweiterbar. Bis Mai 2018 wurde die Praxis von 2 Nervenärzten mit je vollem Sitz betrieben. Während mein Sitz im Nachbesetzungsverfahren übernommen werden kann, ist der Sitz meines plötzlich verstorbenen Kollegen, noch nicht wieder in den Bedarf eingerechnet worden. Hierüber dürfte im November 2024 entschieden werden. Die Übernahme im Nachbesetzungsverfahren ist bis August 2024 möglich. Garage, E-Ladesäule und 2 Stellplätze für die Praxis liegen hinter der Praxis, vor der Praxis ist ein großer Parkplatz.
Bei Interesse bitte melden bei: Dr. med. Jürgen Rosen, Handy: 0170 / 38 23 187. E-Mail: juergenrosen@icloud.com

FÄ/A für Gynäkologie in Braunschweig gesucht

Renommierte Gyn-Onko-Praxis sucht ab sofort Verstärkung in Anstellung (auch Teilzeit). Flexible Arbeitszeiten. Ein motiviertes und nettes Team freut sich auf Ihre Bewerbung.
Bei Interesse: lorenz@frauenaerzte-casparistr.de oder +49 1520 / 98 31 573

Praxisräume in Dornstadt (Alb-Donau-Kreis) zu vermieten

Vermiete ab sofort meine Praxisräume in Dornstadt (Alb-Donau-Kreis). Die Gemeinde Dornstadt mit ihren ca. 9.400 Einwohnern liegt im wunderschönen Biosphärengebiet der Schwäbischen Alb ca. 8 km von Ulm entfernt. Die Praxisräume eignen sich gut für Allgemeinmedizin, HNO, Augenheilkunde oder Dermatologie. 151 qm groß, ebenerdig, 4 Parkplätze zur Praxis gehörend, 2 Behandlungsräume (25 qm und 22 qm) 4 physikalische Räume, 1 Labor, großzügiger Empfang mit 3 Arbeitsplätzen, Aufenthaltsraum für Personal und 2 Toiletten. Die derzeitige Möblierung kann auf Wunsch ganz oder teilweise übernommen werden.
Bei Interesse bitte E-Mail an: dr.w.reitz@t-online.de

Sie möchten auf eine Chiffreanzeige antworten oder selbst ein Inserat aufgeben? Dann wenden Sie sich bitte an: Hartmannbund, Andrea Reich, Kurfürstenstr. 132, 10785 Berlin, Tel.: 030 206208-11, Fax: 030 206208-14, E-Mail: andrea.reich@hartmannbund.de.
*Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist die Schaltung von zwei Anzeigen (außer rein gewerbliche) im Jahr.

Anzeige

TAX-TIPP

spannende Steuertipps,
damit Sie ganz einfach bares Geld sparen!

ALLE ZWEI WOCHEN NEU




STEFAN BARSCH
Steuerberater
Branchenleitung Ärzte/Zahnärzte

MEHR ERFAHREN

ETL | ADVISION

IMPRESSUM

Herausgeber:

Hartmannbund – Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.
Kurfürstenstraße 132 · 10785 Berlin
Tel. 030 206208-0 · Fax 030 206208-29
www.hartmannbund.de
E-Mail: hb-info@hartmannbund.de

Redaktion:

Michael Rauscher (v.i.S.d.P.)
Gitta Dietrich
Pressereferat Hartmannbund
Kurfürstenstraße 132 · 10785 Berlin
Tel. 030 206208-11 · Fax 030 206208-14
E-Mail: presse@hartmannbund.de
Titelthema Ausgabe 02/2024 von:
Aileen Hohnstein

Verlag:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Str. 14 · 53117 Bonn
Tel. 0228 98982-90 · Fax 0228 98982-99
E-Mail: r.akarcay@koellen.de

Anzeigenverwaltung:

Rohat Akarcay, Köllen Druck+Verlag GmbH

Satz & Gestaltung:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn
www.koellen.de

Druck & Vertrieb:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn
Mitteilungsblatt des Hartmannbundes –
Verband der Ärztinnen und Ärzte
Deutschlands e.V.

Erscheinungsort:

Bonn – 4 Ausgaben jährlich
Einzelheft 3,50 Euro
Jahresabonnement 12 Euro,
inkl. 7 Prozent MwSt., zzgl. Versandkosten
ISSN: 0944-7369
Für Mitglieder des Hartmannbundes ist
der Bezugspreis durch die Mitgliedschaft
abgegolten. Nachdruck, Kopien, Aufnahme
in elektronische Medien (auch auszugs-
weise) nur mit schriftlicher Genehmigung
der Redaktion. Für unverlangt eingesandte
Manuskripte, Fotos etc. keine Gewähr.
Namentlich gekennzeichnete Beiträge
geben nicht unbedingt die Meinung der
Redaktion wieder.
Das Beilagen-Angebot basiert nicht auf
einer Kooperation des Hartmannbundes.
Nachfragen dazu kann deshalb nur der
Anbieter selbst beantworten.

Bildnachweise: Soweit nicht anders
gekennzeichnet, alle Fotos und Grafiken
von stock.adobe.com

Titelbild:

stock.adobe.com

Icons: © venimo – stock.adobe.com



128. Deutscher Ärztetag Für mehr Leitplanken in der Versorgung

Dialog im Fokus: Vom 7. bis 10. Mai sind 250 ärztliche Abgeordnete aus ganz Deutschland in Mainz zum 128. Ärztetag zusammengekommen, um gesundheitspolitische Impulse zu setzen und wichtige berufspolitische Themen zu beraten. Sein Anliegen zum zentralen Thema, der Patientensteuerung, hatte der Präsident der Bundesärztekammer und Hartmannbund-Vorsitzende, Dr. Klaus Reinhardt, gleich an den Anfang der Debatte gestellt: Das Gesundheitssystem müsse seine Ressourcen effektiv(er) nutzen, Redundanzen könne man sich nicht mehr leisten. Es brauche Leitplanken in der Versorgung, die Effizienz garantieren und gleichzeitig die Autonomie der Patientinnen und Patienten nicht in Frage stellen. Die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen müsse sinnvoll weiterentwickelt und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden – auch mit Blick auf die Fähigkeit, die vorhandenen Angebote des Versorgungssystems verantwortungsvoll zu nutzen. Mit großer Mehrheit stimmten die Delegierten dementsprechend nach Vorträgen von Dr. Kirsten Kappert-Gonther (Vorsitzende des Bundestags-Ausschusses für Gesundheit), Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Uni Bielefeld) sowie Prof. Josef Hecken (Unparteiischer Vorsitzender G-BA) und einer engagierten Debatte für den Leitantrag des BÄK-Vorstandes **„Kordinieren und Kooperieren in der ambulanten Versorgung – für ein bedarfsgerechtes und sektorenverbindendes Gesundheitssystem“**, der u. a. den Zugang zur ambulanten Versorgung über die Hausärztinnen und Hausärzte vorsieht. „Dieser erste Anlaufpunkt übernimmt für alle gesundheitlichen Anliegen die primärärztliche Versorgung sowie die Koordination einer notwendigen Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten in allen Gebieten und in weiteren Versorgungsbereichen“, heißt es im Beschluss. Ziel der Gesundheitsversorgung müsse es sein, „die vorhandenen Ressourcen so effektiv, aufeinander abgestimmt und effizient einzusetzen, dass sie dem tatsächlichen Behandlungsbedarf gerecht werde. Leistungen, die in der primärärztlichen Versorgung erbracht werden, müssten zudem sowohl im hausärztlichen wie auch konsekutiv auf Überweisung im fachärztlichen Bereich entbuddgetiert werden“. Erforderlich sei außerdem eine enge Vernetzung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten mit Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung, mit Krankenhäusern und Pflegediensten.

Bereits zu Beginn des Ärztetages hatte das Plenum auf „menschenverachtende Reden, Taten und Pläne“ reagiert: Mit einer Resolution wollen sie sich für **Demokratie, Pluralismus und Menschenrechte** starkmachen. Das Zusammenwirken von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Nationen und Kulturen bereichere die ärztliche Arbeit und unterstütze die „wissenschaftliche Exzellenz und medizinischen Fortschritt“. Bundesregierung und Gesetzgeber wurden außerdem in einem einstimmig gefassten Beschluss aufgefordert, wichtige Reformen für ein gleichermaßen menschliches wie leistungsstarkes Gesundheitswesen jetzt umzusetzen. Motivierte Mitarbeiter seien der Schlüssel: Die Gesundheitspolitik müsse ihr Augenmerk **auf Nachwuchsförderung, Qualifizierung und gute Arbeitsbedingungen** ausrichten.

Kommendes Jahr treffen sich die Abgeordneten vom **27. bis 30. Mai 2025 in Leipzig**. Und mit Hannover steht nun auch der Austragungsort des 130. Deutschen Ärztetages fest, dieser findet im Mai 2026 statt.



Stark für Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung.“

Stark für Ihren Alltag.

- Sie sind niedergelassen oder angestellt in einer Praxis oder einem MVZ und suchen gezielte fachliche Unterstützung in rechtlichen oder wirtschaftlichen Fragen?
- Sie planen eine Kooperation und suchen Antworten im Dickicht von Berufs- und Vertragsarztrecht?
- Sie absolvieren Ihre Weiterbildung im ambulanten Sektor oder sind selbst Weiterbilder und suchen Rat?
- Sie haben sich noch nicht für Ihren beruflichen Weg entschieden und möchten sich über Optionen einer Tätigkeit im ambulanten Bereich informieren?
- Sie benötigen Hilfestellung bei Ihrem Honorarbescheid oder in einem Prüfverfahren?

Wir beraten Sie in jeder Phase Ihrer beruflichen Laufbahn. Individuell und zuverlässig. Immer dann, wenn Sie uns brauchen.

Wir informieren zu aktuellen Themen, liefern Hintergründe, kümmern uns um Ihre Fortbildung und bieten Ihnen ein großes kollegiales Netzwerk.



Stark für Ihre Zukunft.“

Jetzt Mitglied werden!



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.



Umfassend beraten. Zielgenau und individuell.

Beim Hartmannbund finden Sie für Ihre Fragen rund um die ambulante Versorgung Ihre Ansprechpartner:innen.

RECHTSBERATUNG

Berufsrecht
Vertragsarztrecht
Arbeitsrecht

FORTBILDUNG/SEMINARE

Aktuelle berufspolitische Themen
Grundlegende Informationen für Ihren ärztlichen Alltag

VERSORGUNGSSPEZIFISCHE BERATUNG

Vertrags- und Vergütungssysteme
Abrechnungs- und Honorarfragen
Versorgungsformen und Kooperationsmöglichkeiten

WIRTSCHAFTLICHE BERATUNG

Praxisführung, Praxisabgabe und -übernahme
Praxisbewertung
Steuerberatung

INFORMATIONEN

Musterverträge, Merkblätter,
aktuelle Gesetzesänderungen
Rechtsprechung

SEKTORÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

Ambulantisierung
Hybrid-DRGs

Familie. Clinic. Kraftsport.



Dr. Dr. Andreas Dorow

Chefarzt und ärztlicher Direktor der Dorow Clinics und zweifacher Vater, Albstadt

Und wofür brauchen Sie mehr Zeit?



Eine gesunde Balance für die wichtigen Dinge im Leben finden und in die Zukunft investieren – darauf setzt Dr. Dr. Andreas Dorow. Seine ganzheitliche und erfolgreiche Vermögensplanung ist dabei unser Job. Was immer Sie bewegt, sprechen Sie mit uns.

> apobank.de/vermoegen

 apoBank
Bank der Gesundheit