

03/2024



Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin



Demografische Entwicklung fordert
Medizin und Gesellschaft

**Wie gut sind
wir vorbereitet?**

Halten Sie Ihren Mitarbeitenden den Rücken frei.



Sie sind das Herz jeder Praxis, ohne sie läuft nichts! Gute Mitarbeitende zu finden und zu halten, ist die Herausforderung unserer Zeit.

Fördern Sie den Aufbau einer soliden Altersversorgung für Ihre Mitarbeitenden mit der **GesundheitsRente – der betrieblichen Altersvorsorge (bAV) der Deutschen Ärzteversicherung.**

So können Sie – und auch Ihre Angestellten – stets entspannt nach vorn blicken!

Informieren Sie sich jetzt über die neue GesundheitsRente unter www.gesundheitsrente.de

 **Deutsche
Ärzteversicherung**

Editorial Editorial

liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ja, es stimmt: Bisweilen fühlen wir uns (politisch) erdrückt. Die Spielräume werden enger und es wird zunehmend mühsamer, sich Raum und Luft darin zu verschaffen – sei es für die Freiheit unserer Berufsausübung, unsere wirtschaftliche Selbstbestimmung oder die Unantastbarkeit ärztlichen Handelns gegenüber unseren Patientinnen und Patienten. Die ärztliche Selbstverwaltung muss heute mehr denn je für all diese Werte kämpfen.

Für diesen Kampf benötigen Kammern und KVen, die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gute Argumente und Überzeugungskraft. Sie brauchen schlagkräftige Verbände an ihrer Seite und sie brauchen vor allem die klare Legitimation der ärztlichen Basis, um überhaupt erst eine starke Stimme gegenüber Politik und anderen Playern des Systems erheben zu können. Wenn die Selbstverwaltung Forderungen stellt, Vorschläge einbringt oder auch mit Konsequenzen droht, dann muss klar sein: Sie spricht im Namen der gesamten Ärzteschaft – und letztlich für jede und jeden von uns.

Ich weiß, (auch) innerärztliche Demokratie ist anstrengend. Es müssen Kompromisse gefunden werden. Das kostet bisweilen Geduld, weil manches eben nicht so schnell geht, wie man es gerne hätte und weil Kompromisse eben jedem etwas abverlangen. Aber diese Anstrengung ist aller Mühen wert. Denn Demokratie ist wertvoll. Sie sucht nach einem gemeinsamen Nenner und sie bietet die Chance, sowohl den Starken als auch den Schwachen, den Leisen und den Lauten Raum zu geben und sich Gehör zu verschaffen. Und wie in der „großen“ Politik gilt auch bei uns: Vorsicht, wenn uns jemand (besonders laut) weismachen möchte, für jedes komplexe Problem gäbe es eine ganz einfache Lösung. Dies gilt nämlich in der Regel nur auf den ersten Blick!

In meiner berufspolitischen Heimat, in Westfalen-Lippe, wird in diesen Tagen eine neue Kammerversammlung gewählt. Das Parlament der Ärzteschaft. Jede Stimme – egal für welche Liste, für welche Kandidatin oder für welchen Kandidaten – ist eine Stimme für die ärztliche Selbstbestimmung und ein Bekenntnis zur (innerärztlichen) Demokratie. Machen Sie Ihr Kreuz!

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, die Keimzelle berufspolitischen Handelns, auch in der Selbstverwaltung, sind die Verbände. Für die allermeisten Kolleginnen und Kollegen sind sie Heimat und Ausgangspunkt ihres berufspolitischen Engagements. Sie bieten eine Plattform, auf der die Herausforderungen unseres Berufsstandes an der Basis diskutiert und gemeinsam Lösungen entwickelt werden. Hier wird das Bewusstsein für die Relevanz von Teilhabe an politischen Prozessen geprägt und der Blick für die Komplexität der Herausforderungen geschärft. Denn Partizipation bedeutet, nicht nur abzuwarten, sondern Entwicklungen aktiv zu beeinflussen.

Auch in den Landesverbänden des Hartmannbundes stehen in den nächsten Monaten Wahlen an. Wir brauchen Ihr Wissen, um die Probleme des Arbeitsalltages – sei es in der Klinik, der Praxis, im MVZ oder etwa im Öffentlichen Gesundheitsdienst – in Forderungen zu überführen und sie in die „Arena des Politischen“ zu werfen. Wir brauchen Ihre Kompetenz, Ihre Ideen und ein wenig Zeit und Engagement, um weiter erfolgreich eine starke Stimme für die Ärzteschaft zu sein. Die Entscheidungen oder Nichtentscheidungen, die wir heute treffen, werden unsere Arbeit und unser Miteinander in den kommenden Jahren prägen.

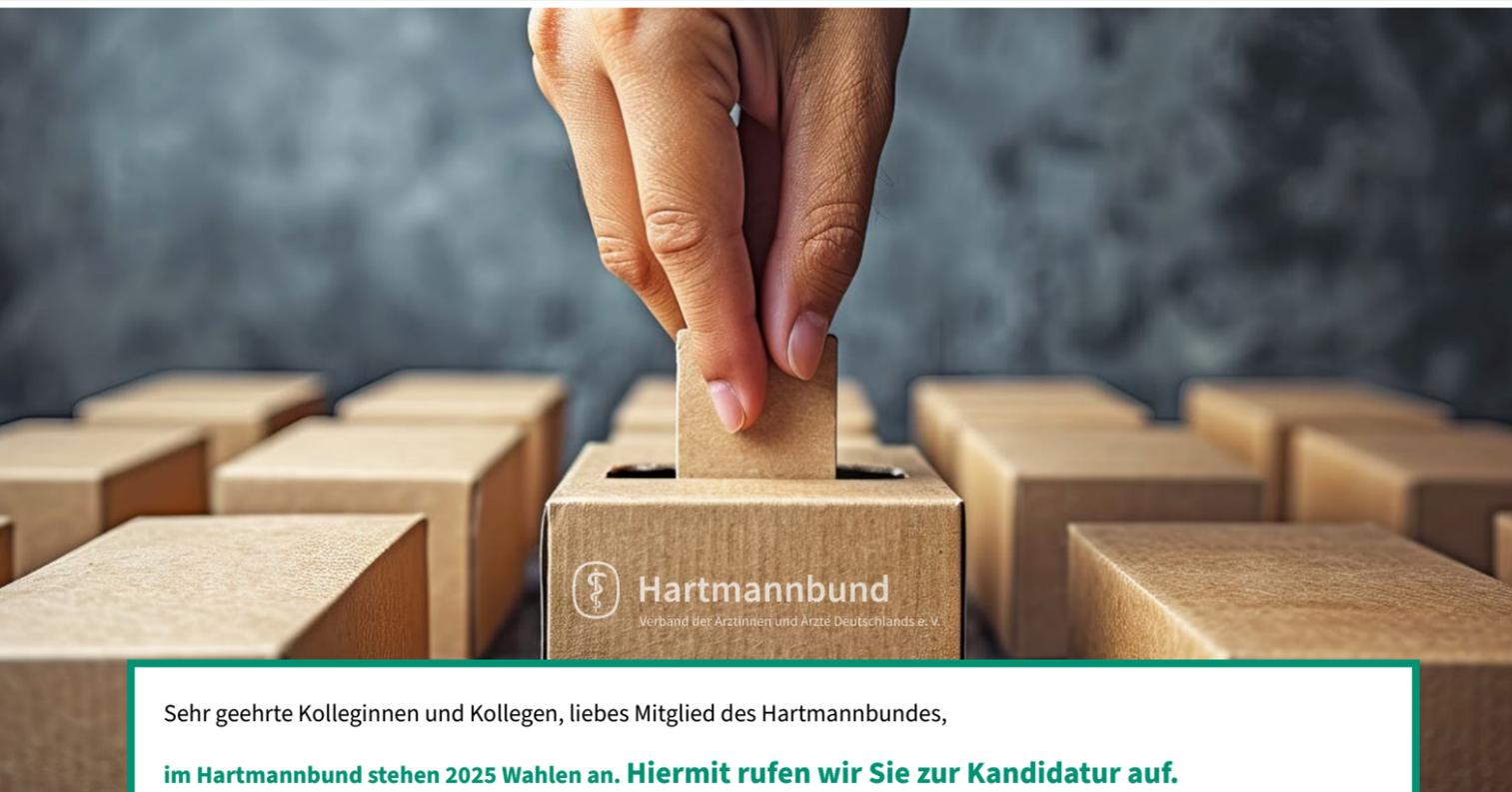
Machen Sie mit – als Kandidatin oder Kandidat in Ihrem Landesverband oder später mindestens mit Ihrem Kreuz, wenn es um die Besetzung unserer Gremien geht. So funktioniert Demokratie – und nur so können wir gemeinsam etwas bewegen.

Dr. Klaus Reinhardt



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

Aufruf zur Kandidatur Hartmannbund-Wahlen



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, liebes Mitglied des Hartmannbundes,

im Hartmannbund stehen 2025 Wahlen an. Hiermit rufen wir Sie zur Kandidatur auf.

Nutzen Sie die Chance, sich in Ihrem Landesverband aktiv einzubringen und die ärztliche Berufs- und Standespolitik mitzugestalten. Kandidieren Sie für ein Amt in Ihrem Landesverband.

Ein Mandat ist ideal, um neben den Verpflichtungen von Job und Familie Einblicke in die Berufspolitik zu gewinnen, Erfahrungen zu sammeln, Kontakte zu knüpfen und berufs- und gesundheitspolitische Entscheidungen zu beeinflussen.

Auf Landes- und Bundesebene können Sie sich gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen für die Interessen und Forderungen der Ärzteschaft einsetzen – und damit auch für Ihre eigene berufliche Zukunft. Unterstützt werden Sie dabei von einem hauptamtlichen Expertenteam im Hartmannbund: Hier erhalten Sie die nötigen Hintergrundinformationen, werden bei der Pressearbeit begleitet und organisatorisch bei geplanten Veranstaltungen unterstützt. Geben Sie hierzu bitte bis einschließlich 31. Oktober 2024 (in Berlin bis zum 30. September 2024) Ihre Kandidatur bekannt, gerne per E-Mail an wahlen@hartmannbund.de.

Wir möchten Sie ausdrücklich dazu ermutigen, in einer Gemeinschaft von Ärztinnen und Ärzten nach Wegen zu suchen, Ihre Arbeit attraktiver zu gestalten oder schlicht (noch) mehr Freude am Beruf zu gewinnen. Dazu braucht es eine gute Mischung aus erfahrenen und jungen Ärztinnen und Ärzten. Nutzen Sie die Möglichkeit, Ihre Themen einzubringen, Ihre Positionen im Verband zu stärken und spannende Erfahrungen in dieser gesundheitspolitisch herausfordernden Zeit zu sammeln. Erstmals werden wir in diesem Jahr die Urwahl als Onlineformat durchführen. Sie erhalten diesbezüglich noch einmal ein separates Informationsschreiben.

Bei Fragen rund um Kandidatur und Landesdelegiertenversammlung kontaktieren Sie uns gerne via wahlen@hartmannbund.de

Wir freuen uns auf Sie!

Inhalt

Demografische Entwicklung fordert Medizin, Gesundheitswesen und Gesellschaft – Wie gut sind wir vorbereitet?

Die Bevölkerung in Deutschland wird älter. Reichen die derzeitigen Strukturen im ambulanten und stationären Sektor aus, um in den kommenden Jahren immer mehr geriatrische Patient:innen und ihre spezifischen Bedarfe angemessen zu behandeln? Bereits heute sind Versorgungslücken vorhanden. Um die nicht größer werden zu lassen, müsste jetzt gehandelt werden. Schnell und entschlossen.

6

26

Auf der Schwelle zu einem heißen Herbst
Viel Konfliktpotential in der Gesundheitspolitik



35

„Wir brauchen Veränderungen – jetzt!“
Assistenzärzt:innen-Umfrage 2024

36

Welcher Versorgungspfad „passt“ im Akutfall?

Einblicke in ein softwaregestütztes strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren

28

Lauterbach vor dem Endspurt
Weitere Initiativen avisiert



38

Wegweiser durch den Krankenhaus-Dschungel in der Kritik
Bundes-Klinik-Atlas

30

Plädoyer für eine inhaltlich korrekte und verfassungskonform ausgestaltete Krankenhausreform

Gesundheitsministerin von der Decken bezieht Stellung



32

Entlastung der Notaufnahmen oder Aufbau überflüssiger Doppelstrukturen?
Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes

40

Neue Debatte zur Widerspruchslösung entfacht
Die Organspende – eine ethische Frage

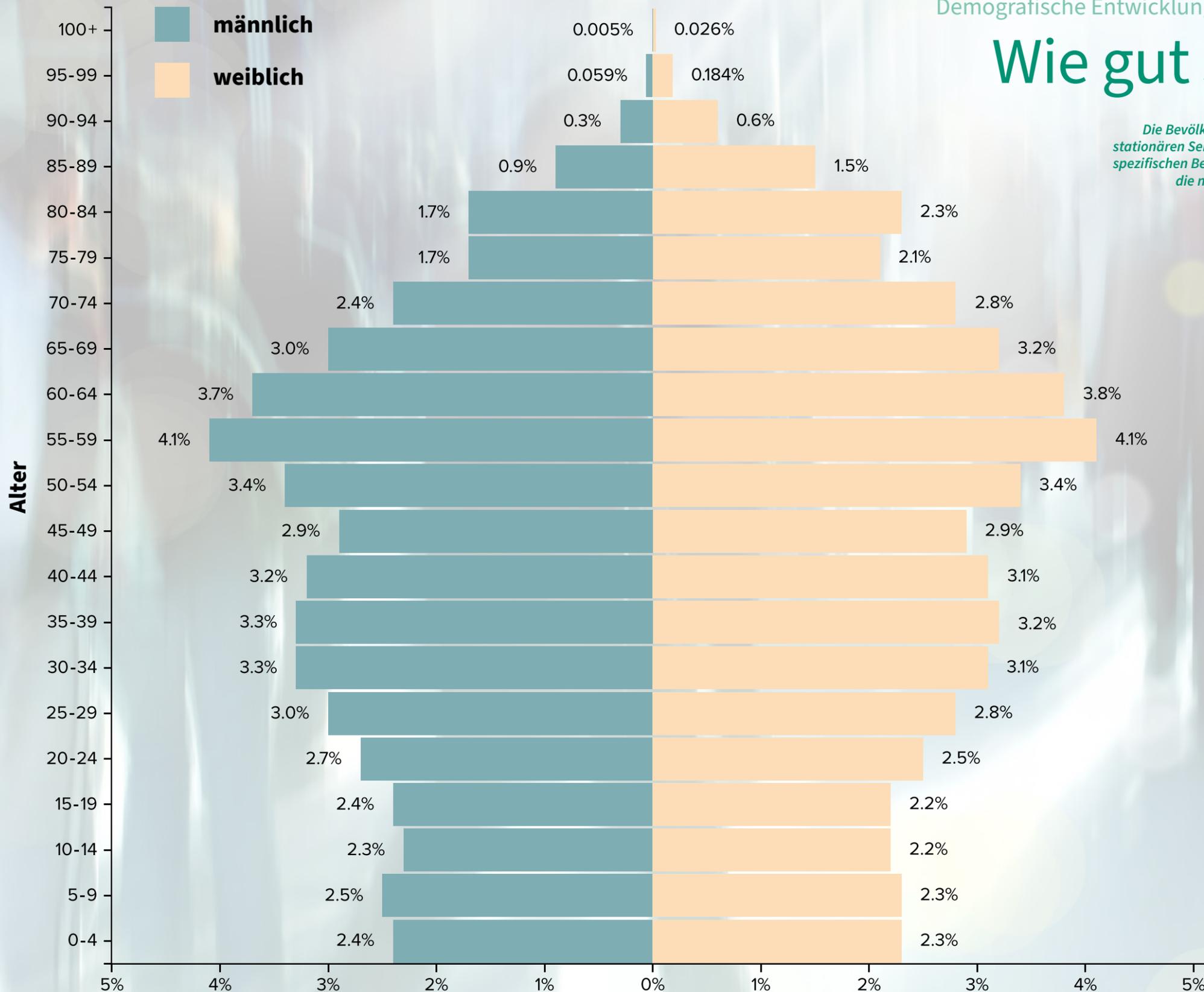
42

Mehr Medizinstudienplätze: Noch keine Finanzreform in Sicht
Eklatanter Nachwuchsmangel

44 **Service** Kooperationspartner

52 Ansprechpartner

54 Impressum



Demografische Entwicklung fordert Medizin, Gesundheitswesen und Gesellschaft

Wie gut sind wir vorbereitet?

Die Bevölkerung in Deutschland wird älter. Reichen die derzeitigen Strukturen im ambulanten und stationären Sektor aus, um in den kommenden Jahren immer mehr geriatrische Patient:innen und ihre spezifischen Bedarfe angemessen zu behandeln? Bereits heute sind Versorgungslücken vorhanden. Um die nicht größer werden zu lassen, müsste jetzt gehandelt werden. Schnell und entschlossen.

„Wir laufen auf ein richtiges Problem zu“, sagt Dirk van den Heuvel. Der Geschäftsführer des Bundesverbands Geriatrie findet klare Worte, wenn es um die Zukunft der Geriatrie geht. Momentan sei die Grundversorgung älterer Patient:innen im bestehenden System im Großen und Ganzen gesichert, zumindest was die Akuttherapie in Krankenhäusern betrifft. Nur wenige weiße Flecken gibt es hier noch, vor allem im Osten und Norden Deutschlands, in ländlichen Regionen. Doch wenn immer mehr Menschen im Alter Versorgungsbedarfe entwickeln – in gut zehn Jahren werden die ersten Babyboomer geriatrische Versorgung beanspruchen – wird das nach van den Heuvels Einschätzung alles anders aussehen.

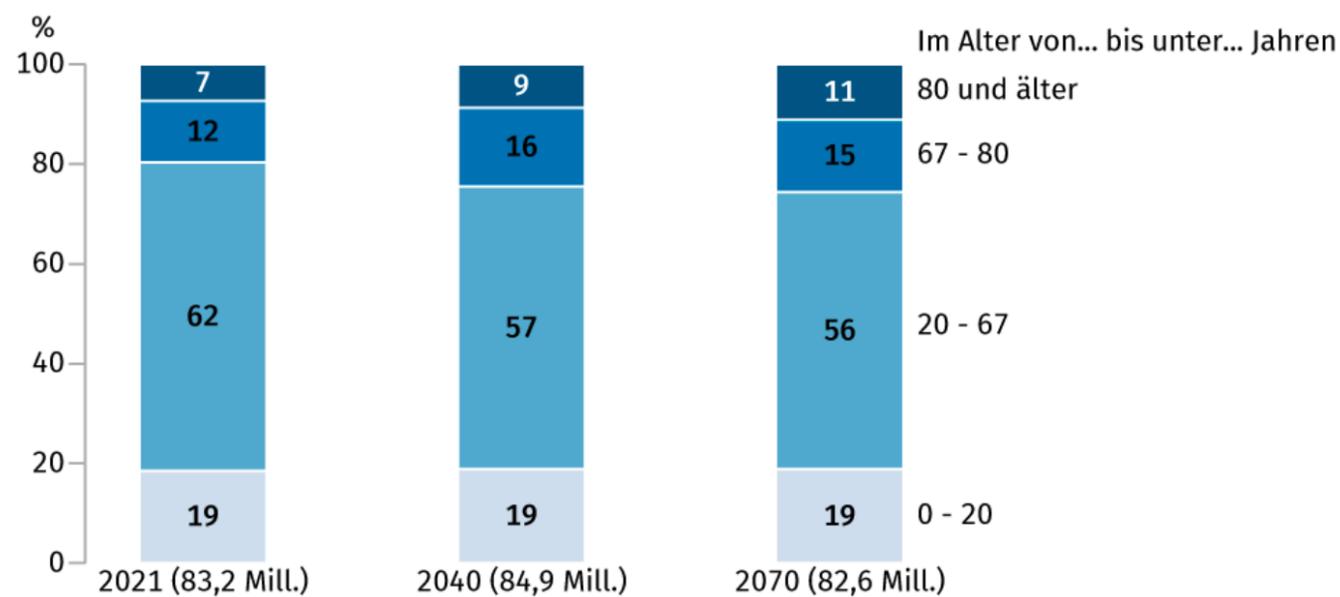
Die 15. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes von Ende des Jahres 2022 gibt einen kleinen Eindruck davon, was in wenigen Jahren an Herausforderungen auf das Gesundheitssystem und die Gesellschaft zukommen wird. In der Vorausberechnung wurden die bisherige demografische Entwicklung sowie Prognosen für verschiedene Alterskohorten zusammengefasst. Die Entwicklung ist klar: Es wird immer mehr ältere Menschen und immer weniger Jüngere geben. Die Zahl der Menschen ab 67 Jahren stieg zwischen 1990 und 2021 um 58 Prozent von 10,4 Millionen auf 16,4 Millionen. Bis Ende der 2030er-Jahre wird diese Zahl auf mindestens 20,4 Millionen anwachsen. Die Entwicklung der Bevölkerung im Alter zwischen 67 und 79 Jahren steigt von derzeit 10,2 Millionen Personen bis auf etwa 14 Millionen im Jahr 2037. Mit dem allmählichen Übertritt der Menschen in die nächste Alterskohorte wird erwartet, dass sich bis zum Jahr 2070 die Entwicklung auf bis zu 12,4 Millionen einpendeln wird. Bei den sogenannten Hochaltrigen ab 80 Jahren wird die Zahl noch bis etwa 2030 bei rund sechs Millionen liegen und für die folgenden 20 Jahre kontinuierlich zunehmen. Für das Jahr 2050 wird dann eine Entwicklung auf 8,4 Millionen bis 9,9 Millionen prognostiziert.

Pflegebedürftigkeit wird rasant zunehmen

Mit dem zunehmenden Alter der Bevölkerung wird auch die Pflegebedürftigkeit zunehmen. Das Statistische Bundesamt hat im März 2023 eine Pflegevorausberechnung herausgegeben. Demnach wird davon ausgegangen, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland allein durch die zunehmende Alterung bis 2055 um 37 Prozent wachsen wird. Ende 2021 betrug die Zahl der Pflegebedürftigen rund fünf Millionen. Bis 2055 wird sie auf etwa 6,8 Millionen ansteigen. Da die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1950er- und 1960er-Jahren durch geburtenschwächere Jahrgänge abgelöst werden, wird es nach 2055 keine starken Veränderungen mehr geben. 2070 dürfte damit die Zahl der Pflegebedürftigen bei etwa 6,9 Millionen liegen.

**Prozentsatz der Gesamtbevölkerung
83.294.632 (2023)**

Bevölkerung nach Altersgruppen 2021, 2040 und 2070: 2040 und 2070: Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

Gerade mit Blick auf diese demografischen Prognosen wächst die Bedeutung der Geriatrie. Das Ziel der Altersmedizin ist es, die Patient:innen ganzheitlich zu betrachten und das Eintreten von Pflegebedürftigkeit bei Älteren so lange wie möglich hinauszuzögern, beziehungsweise einer Verschlechterung entgegenzuwirken. In einer alternden Gesellschaft ist das hinsichtlich der künftig weiter stark steigenden Ausgaben in der Pflege von besonderer Relevanz. Eine Maßnahme, um gezielt einer überproportionalen Zunahme der Pflegebedürftigkeit entgegenzusteuern, wird unter anderem in dem Grundsatz „Reha vor und bei Pflege“ gesehen. Aber genau da hakt es. „Schon heute bestehen Versorgungsdefizite in der geriatrischen Rehabilitation“, sagt van den Heuvel. Den Rechtsanspruch der Patient:innen darauf zeitnah umzusetzen, sei zum Teil bereits

schwierig. „Und die Bettenkapazitäten sind rückläufig. Das ist Irrsinn, wenn man weiß, dass der Bedarf jährlich steigen wird.“

Einer der wichtigsten Gründe dafür ist nach Angaben des Bundesverbands Geriatrie, dass vielfach eine Unterfinanzierung besteht. Im Gegensatz zu der einheitlichen Vergütung von Leistungen in den Akutkliniken werden die Tagessätze der Rehabilitationskliniken weiterhin individuell zwischen den Krankenkassen und Einrichtungen vereinbart. Bei der Kalkulation der Tagessätze würden allerdings aktuell nicht die tatsächlichen Kosten berücksichtigt. Damit trägt sich die geriatrische Rehabilitation wirtschaftlich nicht. In der Vergangenheit wurde sie in der Regel von anderen Bereichen von den Trägern quersubventioniert. „In Zeiten, in denen unter anderem auch im Krankenhausbereich die Insolvenzwelle rollt, wird

Stichwort Geriatrie

Als Lehre von Krankheiten des alternden Menschen wird die Geriatrie definiert. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Behandlung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation, der Präventionen betagter und hochbetagter Menschen, der speziellen Situation am Lebensende. Dabei gibt es keine feste Definition dafür, wann ein Mensch eigentlich „alt“ ist. Denn allein das biologische Alter ist dafür nicht ausschlaggebend und fällt hochindividuell aus. Geriatrische Patient:innen haben meist mehrere Erkrankungen und geriatrische Syndrome, die das Risiko für Einschränkungen oder gar den Verlust der Selbstständigkeit und sozialen Teilhabe bergen. Die Behandlung älterer Menschen erfolgt deshalb auch in interdisziplinären Teams, um deren spezifischen Bedarfe angemessen adressieren zu können. Als untere Grenze geriatrischer Patient:innen wird häufig ein Alter von 65 Jahren genannt, die meisten sind zwischen 75 und 90 Jahre alt.

Die Geriatrie ist noch eine junge Disziplin. Historisch bedingt unterscheidet sich das Versorgungsangebot in den einzelnen Bundesländern in ihrer Struktur, Ausgestaltung und der regionalen Verteilung und Schwerpunktsetzung. Neben der stationären Versorgung sind bundesweit auch geriatrispezifische teilstationäre Versorgungsangebote wie Tageskliniken, ambulante geriatrische Rehabilitation, mobile geriatrische Rehabilitation und Geriatrische Institutsambulanzen entstanden. Weiterhin gibt es auch wenige geriatrische Schwerpunktpraxen. Eine wichtige Rolle in der Versorgung älterer Menschen nehmen Hausärzt:innen ein, die häufig jahrelang erste Ansprechpartner:innen bei medizinischen Problemen sind.

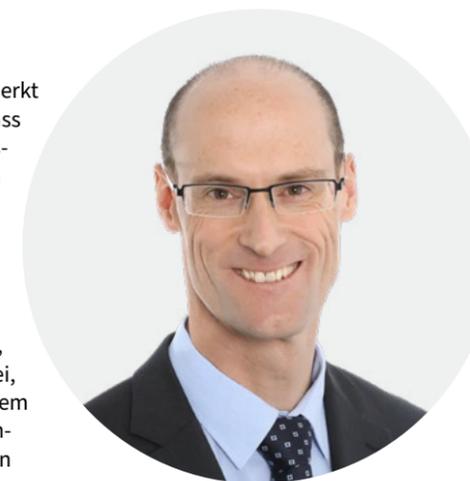
das allerdings immer schwieriger“, bemerkt van den Heuvel. Es sei zu befürchten, dass Kapazitäten dadurch künftig nicht im ausreichenden Maße ausgebaut werden, um den steigenden Bedarf durch den demografischen Wandel gerecht zu werden. Oder dass sogar Einrichtungen weitere Plätze reduzieren, beziehungsweise ganz schließen werden.

Auch der GKV-Spitzenverband erkennt, dass es zunehmend herausfordernder sei, gerade für ältere Menschen mit höherem Pflegegrad geeignete Rehabilitationseinrichtungen zu finden, die die Versicherten zeitnah aufnehmen könnten. Auf die angespannte Finanzierungslage wird allerdings kein Bezug genommen. Aus der Pressestelle heißt es: „Dies wird auch auf einen allgemein berichteten Fachkräftemangel in den Kliniken zurückzuführen sein, was verdeutlicht, dass die Rehabilitationsträger und die Einrichtungen nur gemeinsam Lösungen finden können.“ Auf die Frage, wie in Zukunft der geriatrispezifische Rehabilitationsbedarf vollumfänglich und sachgerecht abgedeckt werden soll, lautet die Antwort: „Es hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, ob und inwieweit in einer demografisch bedingt alternden Gesellschaft der geriatrispezifische Rehabilitationsbedarf steigt.“ Neben den Angeboten der gesundheitlichen Versorgung, die im Bereich der Geriatrie zum Teil unterschiedliche Versorgungskonzepte in den Ländern aufweise, beeinflussten vielfältige Rahmenbedingungen, ob ein gesundes Altern gelinge. Dazu zählen unter anderem Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Gestaltung eines unterstützenden sozialen Umfelds in einer angemessenen Lebens- und Wohnsituation. Weder Bedarfsabschätzungen noch Lösungsansätze sollten daher eindimensional gedacht werden, betont der GKV-Spitzenverband.

Verstärkte Aufmerksamkeit für das Thema Alter? Fehlanzeige!

Aber auch, was die Prävention und Gesundheitsförderung betrifft, gibt es Leerstellen im Gesundheitssystem. Es wird seit Jahren zwar stets hervorgehoben, dass beides eine wichtige Rolle spielt, um die Selbstständigkeit und Gesundheit im Alter lange wahren zu können. Dennoch heißt es im Weißbuch Geriatrie, dass es für hochaltrige Patient:innen nahezu keine spezifischen Präventionsangebote gibt. Das Fazit lautet: Es braucht neue Angebote. Das wiederum lässt der GKV-Spitzenverband nicht gelten und verweist unter anderem auf „vielfältige Aktivitäten und Angebote für diese Zielgruppen. Die gesetzlichen Krankenkassen engagieren sich seit vielen Jahren mit ihren gesundheitsfördernden Angeboten unter anderem in Kommunen nach § 20a SGB V oder mit Kursangeboten zur Sturzprophylaxe nach § 20 SGB V, die bundesweit angeboten werden“.

Das gesundheitspolitisch das Thema Alter(n) vermehrt diskutiert wird, ist aktuell nicht wahrnehmbar. Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte 2012 das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Schon damals wurde die medizinische Rehabilitation als wichtiges Instrument der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen zur positiven Beeinflussung von Krankheitsfolgen im Leben und in der Gesellschaft identifiziert – vor al-



„Wir müssen die teilstationäre Versorgung mehr in den Blick nehmen – auch, weil das Personal für die vollstationäre Versorgung knapp sein wird. Aber man muss ehrlich sagen: Es gibt in dieser Hinsicht keine Impulse oder man sieht nicht, dass gesundheitspolitisch an Lösungsansätzen gearbeitet wird, um sich auf einen starken Anstieg der Fallzahlen einzustellen“, sagt Dirk van den Heuvel.

lem bei Erkrankungen des kardiovaskulären, orthopädischen und onkologischen Gebietes. Von den Autor:innen wurde ebenso angemerkt, dass die Behandlung älterer Menschen überwiegend in Krankenhäusern der Regelversorgung und nicht in Geriatrien beziehungsweise geriatrischen Fachabteilungen erfolgt und somit häufig in Einrichtungen, die nicht in jedem Fall geeignet seien, angemessene Angebote für ältere Menschen vorzuhalten. Außerdem führe eine fehlende Orientierung an den Bedarfen älterer Menschen häufig zu Wiedereinweisungen, dem sogenannten „Drehtüreffekt“. Die Beschreibungen sind mehr oder weniger auch heute noch zutreffend.

Der Blick auf die immer größer werdende Patient:innengruppe der Älteren müsste geschärft werden, die Geriatrie mit ihrer Fachexpertise mehr ins Zentrum rücken. „Im deutschen Gesundheitssystem ist das alles noch nicht abgebildet“, sagt van den

Heuvel. Zwar waren in den vergangenen Jahren insgesamt Verbesserungen zu erkennen. Dem Versorgungsanspruch werde die Akut- und Rehabilitationsmedizin aber nicht vollständig gerecht. Ein zentraler Punkt: Ein wesentlicher Anteil aller Patient:innen mit geriatrischem Behandlungsbedarf werde in anderen Fachabteilungen im Krankenhaus noch nicht regelhaft als solcher erkannt und folglich auch nicht entsprechend versorgt.

Laut aktuellem Weißbuch Geriatrie des Bundesverbands Geriatrie aus dem Jahr 2023 finden beispielsweise unzureichend Screenings statt, um das medizinische, pflegerische und soziale Risikopotenzial älterer Menschen richtig einzuschätzen und dahingehend die Therapie zu planen. Das wiederum kann den Therapieerfolg gefährden. Als weiteres Beispiel wird genannt, dass bei der Behandlung betagter und hochbetagter Patient:innen nicht auf deren Multimorbidität eingegangen wird und dadurch akutmedizinisch notwendige Interventionen zu spät durchgeführt werden können. Das alles hat nicht nur Auswirkungen auf die Gesundheit der individuellen Patient:innen, sondern führt auch zu höheren Kosten für das Gesundheitswesen – weil unter anderem nicht immer das bestmögliche medizinische Outcome auf diese Weise erzielt werden kann oder geriatrische Rehabilitation nicht frühzeitig angeordnet wird. Dadurch nimmt die Pflegebedürftigkeit der Patient:innen zu. Es ist wissenschaftlich gut dokumentiert, dass für ältere Menschen ein Krankenhausaufenthalt oftmals mit einer gesundheitlichen Verschlechterung einhergeht.

Um strukturell besser auf die demografische Entwicklung eingestellt zu sein, hat der Bundesverband Geriatrie für die Jahre ab 2025 eine bundesweite Orientierungs- und Planungsgröße berechnet: 38 geriatrispezifische Betten in Kliniken für Geriatrie beziehungsweise 12 Betten in geriatrischen Rehabilitationskliniken je 10 000 Einwohner:innen über 70 Jahre gelten demnach als versorgungsadäquat. Als das Weißbuch Geriatrie verfasst wurde, lag die Ist-Kapazität der Geriatrie-Betten in Krankenhäusern mit 17 Betten je 10 000 Einwohner:innen allerdings deutlich unter dem vom Bundesverband Geriatrie definierten Soll-Wert. Gleiches gilt für die Bettenverfügbarkeit von Rehabilitationseinrichtungen. Deutschlandweit wurden zum Erhebungszeitpunkt durchschnittlich rund

Besseres Erkennen von geriatrischen Behandlungsbedarfen

Rechtzeitig zu erkennen, ob ältere Patient:innen einen Bedarf an geriatrischer Versorgung haben, kann deren Behandlungserfolg im akuten Krankheitsfall entscheidend verbessern. Bereits vor Diagnose- und Therapiefindung zu wissen, ob behandlungsrelevante Syndrome oder Defizite – beispielsweise ein Delir, eine Mangelernährung oder Gebrechlichkeit (Frailty) – vorliegen, beziehungsweise auf welche physischen, psychischen oder sozialen Ressourcen Patient:innen zurückgreifen können, hilft beim zielgenauen Bestimmen einer adäquaten und individuellen medizinischen Behandlung. Das hat nicht nur positive Effekte auf das Outcome der Patient:innen: Gesundheitsbezogene Endpunkte wie Mortalität, Institutionalisierung, (Re-)Hospitalisierung, Funktionalität, Kognition, Krankenhausaufenthaltsdauer oder Lebensqualität können außerdem verbessert werden. Es besteht gleichzeitig auch das Potenzial, Kosten für Gesundheits- und Sozialfürsorge zu senken, Über-, Unter- und Fehlversorgung älterer Menschen zu vermeiden und die Therapien effizienter zu gestalten.

In der Akutversorgung werden allerdings geriatrische Aspekte und Risiken noch immer nicht ausreichend berücksichtigt beziehungsweise nicht oder nicht frühzeitig genug erkannt. Ein umfassendes geriatrisches Assessment gilt als Goldstandard, um im ambulanten wie stationären Bereich frühzeitig Probleme erkennen und darauf reagieren zu können. Es ermöglicht eine bedarfsorientierte Triage zwischen Kuration, Rehabilitation, (Sekundär-, Tertiär-)Prävention sowie Palliativversorgung. Erstmals wurde nun in Deutschland eine S3-Leitlinie zum umfassenden geriatrischen Assessment bei hospitalisierten Patient:innen verabschiedet. Unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie hat ein interdisziplinäres Team aus mehr als 20 deutschen, österreichischen und schweizer Fachgesellschaften insgesamt 20 evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen und Statements für die Settings Notaufnahme, Onkologie, Orthogeriatrische Chirurgie und Akutgeriatrie verfasst.

Mindestens 15 Minuten sollte das Assessment dauern, damit therapierelevante Aussagen getroffen werden können. Den Autor:innen der Leitlinie ist bewusst, dass die Implementierung in den jeweiligen Settings auf spezifische Barrieren stoßen könnte – insbesondere in der Notaufnahmen stellen vor allem Personal- und Zeitmangel wesentliche Herausforderungen dar. Zusätzlich lassen eine hohe Arbeitsbelastung und ein schneller Patient:innendurchlauf wenig Spielraum für die konsequente Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessments. Die Leitlinien-Autor:innen kommen aber auch zu dem Schluss, dass eine initiale Implementierung eines umfassenden geriatrischen Assessments zwar durchaus mit höheren Kosten verbunden ist, es aber langfristig zu signifikanten Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen führen wird.



Ziel der meisten Menschen: Auch im Alter noch das Leben genießen können

sechs geriatrische Rehabilitations-Betten bereitgestellt. Für den Bundesverband Geriatrie steht deshalb fest: Die Kapazitäten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen müssen ausgebaut, neue Versorgungsangebote geschaffen werden.

Auch hier: Engpass Finanzierung, Lösungsansätze fehlen

Aber wie soll künftig die Finanzierung eine angemessene Versorgung für ältere Menschen gestemmt werden? Der GKV-Spitzenverband bringt hier die niedrigschwellige geriatrische Versorgung ohne Krankenhausbehandlung durch Vertragsärzt:innen ins Spiel, beispielsweise in der sektorenübergreifenden Versorgung. Schlagworte wie „Raus aus der Komfortzone der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung mit dem Klumpenrisiko durch einen einzigen Kode“, „Fachabteilung für Geriatrie am Standort: Unzureichende QS-Anforderung wie in NRW sind für die Qualität schlecht und untergraben das Konzept der ‚Kliniken für Geriatrie‘“, „Raus aus der Polypragmasie im ambulanten-stationären Grenzbereich: eine einzige Lösung statt teilstationär, GIA, tagesstationär, Hybrid usw.“ und „Ran an die Level 1i-Krankenhäuser: Herausforderung wohnortnahe Geriatrie. Level 1i-Kliniken könnten hierfür gegebenenfalls vertragsärztliche Unterstützung erhalten“ werden ergänzend formuliert. Wie genau das aber umgesetzt werden soll und in welchem Zeitrahmen, das bleibt offen. Der GKV-Spitzenverband bezieht sich lediglich auf das Geriatriekonzept des Bundesverbands Geriatrie.

Wie geht es älteren Menschen?

Das Thema demografischer Wandel hin zu einer älteren Gesellschaft wird zwar seit langem diskutiert. Doch wie es betagten oder hochbetagten Menschen eigentlich genau geht, steht dabei seltener im Mittelpunkt. Zwar ist bekannt, dass mit steigendem Alter die Zahl der (chronischen) Erkrankungen steigt, doch nimmt nach Forschungserkenntnissen gleichzeitig auch der Anteil gesunder und selbstständiger älterer Menschen zu. Um Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis ableiten zu können, braucht es umfangreiche Datenauswertungen zur gesundheitlichen Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland.

Das Robert Koch-Institut hat im vergangenen Jahr die bundesweite Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland „Gesundheit 65+“ veröffentlicht. 3.694 Menschen nahmen an der Befragung teil. Ergebnisse waren unter anderem: Fast alle Teilnehmer:innen lebten im eigenen Haushalt. Erst ab einem Alter von 85 Jahren steigt der Anteil der Menschen, die in Pflegeheimen oder Wohnheimen speziell für Ältere leben, auf mehr als zehn Prozent. Etwa jede sechste Person insgesamt gab an, dass ein Pflegegrad vorliegt. Der Anteil bei den Hochaltrigen liegt dabei aber bei mehr als 50 Prozent. Etwa 33 Prozent der Befragten nahmen fünf und mehr Medikamente gleichzeitig ein. Die drei am häufigsten genannten Erkrankungen bei Frauen waren Rückenbeschwerden (59 Prozent), Bluthochdruck (58 Prozent) und Arthrose (42 Prozent). Bei den Männern waren es Bluthochdruck (53 Prozent), Rückenbeschwerden (47 Prozent) und Hypercholesterinämie (35 Prozent).

Die Studie „Hohes Alter in Deutschland (D80+)“ aus dem Jahr 2023 ist die bislang einzige repräsentative Bestandsaufnahme der Lebenssituation von Menschen ab 80 Jahren. Die Studie wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert und von ceres (cologne center for ethics, rights, economics, and social sciences of health) sowie dem Deutschen Zentrum für Altersfragen durchgeführt. Einige Ergebnisse der Studie lauten: Fast alle Menschen ab 80 Jahren sind mit mindestens einer Erkrankung in Behandlung. Im Durchschnitt werden 4,7 Erkrankungen genannt. Während fast zwei Drittel der sehr alten Menschen in Deutschland keinen Pflegebedarf angeben, steigt der Anteil der Pflegebedürftigen erst bei den 90-Jährigen und Älteren auf 76,3 Prozent.

Dieses wurde im Jahr 2022 beschlossen und es wird darin sowohl die stationäre als auch nicht-stationäre Versorgung berücksichtigt. Zum einen soll hier die geriatrispezifische Versorgung als Teil der Grund- und Regelversorgung bundesweit auf Grundlage einheitlicher Kriterien geplant werden. Dazu zählen strukturelle Mindestanforderungen und Fahrzeitradien. Zum anderen steht die Umgestaltung heutiger Strukturen des nicht-vollstationären Bereichs im Fokus. Das heißt: Idealerweise sollte es zu einer Verschmelzung der Versorgungsformen Tagesklinik, ambulante Rehabilitation, mobile Rehabilitation und gegebenenfalls Geriatrische Institutsambulanz zu einem Ambulanten Geriatrischen Zentrum kommen, um derzeitige strukturelle und inhaltliche Grenzen aufzuheben. Als eine einzelne zusammengefasste Leistungsart soll dadurch die Versorgung für die individuellen Bedürfnisse der älteren Patient:innen besser werden, die einzelnen Leistungsangebote wären so – anders als heute – bedarfsbezogen medizinisch und zeitlich frei kombinierbar. Das Ambulante Geriatrische Zentrum soll nicht nur ein Ort der teilstationären Versorgung werden, sondern auch der Prävention, des Case- und Care-Managements und als Ansprechpartner für niedergelassene Haus- und Fachärzt:innen dienen. Das Ziel: die geriatrische Versorgung flächendeckend, auch in strukturschwachen Regionen, zu organisieren und eine bessere Verzahnung zwischen den Versorgungsbereichen teilstationär und ambulant zu schaffen. Das soll Behandlungspfade ebnen und damit Kosten einsparen.



Wie ist die Stimmung bei Geriater:innen?

Unter dem Titel „Erhebung zu personellen Kapazitäten und Qualifikation in der Geriatrie“ wird aktuell eine Umfrage von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und dem Bundesverband Geriatrie sowie den Geriatrie-Landesverbänden durchgeführt. Hintergrund ist, mehr über die personellen ärztlichen Ressourcen für die geriatrische Versorgung im Krankenhaus sowie die tatsächliche Arbeitssituation zu erfahren. Denn bundesweit ist weder die Qualifizierungsart, noch der Anteil der in Teilzeit arbeitenden Geriater:innen bekannt. Die Umfrage findet online und in anonymer Form statt. Bereits mehr als 350 Rückmeldungen gab es bisher, teilt Dr. Stefan Grund mit. Der Sprecher der DGG-Arbeitsgruppe Geriatrische Rehabilitation wird die Umfrage auswerten.

Er nennt erste Zwischenergebnisse der laufenden Erhebung: Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden hat eine 18-monatige Geriatrie-Weiterbildung absolviert, hat den Internisten als Basisfacharzt inne und arbeitet im Krankenhaus. Etwa ein Drittel der Ärzt:innen sind in Teilzeit beschäftigt und circa ein Fünftel plant, die Arbeitszeit zu reduzieren. Nahezu alle Teilnehmenden geben an, wöchentlich Überstunden zu leisten und circa ein Drittel sind unzufrieden mit der aktuellen Arbeitsbelastung. Zu den häufigsten Gründen für die Unzufriedenheit zählen zu viel Dokumentationsarbeit, zu viel nichtärztliche Tätigkeit sowie zu wenig ärztliches Personal. Etwa ein Fünftel zieht in Erwägung, bei weiter steigender Arbeitsbelastung die Arbeitsstelle zu wechseln. Und rund die Hälfte der Befragten gibt an, dass es in ihrer Abteilung offene ärztliche Stellen gibt.

Stefan Grund zieht aus den bisherigen Zwischenergebnissen das Fazit, dass auch im Fach Geriatrie auf eine angemessene Arbeitsbelastung geachtet werden sollte. Als mögliche Stellschrauben nennt er die Delegation von nichtärztlichen Tätigkeiten sowie die Reduktion der Dokumentationslast. „Wichtig ist, dass die Weiterbildung zu Geriater:innen nicht vernachlässigt wird. Neben dem demografiebedingten Anstieg an geriatrischer Fachkompetenz zeigt die Arbeitsbelastung und die Anzahl der offenen Stellen den dringenden Ausbildungsbedarf in der Geriatrie. Nur durch eine ausreichende Anzahl an motivierten Geriater:innen ist der zukünftig steigende Versorgungsbedarf im stationären Bereich zu decken“, so Grund. Die Geriatrie spielt in der medizinischen Ausbildung allerdings noch eine eher nachgeordnete Rolle. Zwar stieg laut Weißbuch Geriatrie die Zahl der Lehrstühle an den Universitäten in den vergangenen Jahren, doch ist das Fach längst noch nicht überall präsent: 2022 hatten 15 der 36 medizinischen Fakultäten Lehrstühle für Geriatrie, 2010 waren es noch sieben Lehrstühle.

„Wir müssen die teilstationäre Versorgung mehr in den Blick nehmen – auch, weil das Personal für die vollstationäre Versorgung knapp sein wird. Aber man muss ehrlich sagen: Es gibt in dieser Hinsicht keine Impulse oder man sieht nicht, dass gesundheitspolitisch an Lösungsansätzen gearbeitet wird, um sich auf einen starken Anstieg der Fallzahlen einzustellen“, sagt Dirk van den Heuvel. Sowohl ärztlich als auch pflegerisch werden in den kommenden Jahren viele Fachkräfte in den Ruhestand gehen. „Diese Kräfte müssen ersetzt werden, das ist in der Geriatrie nicht anders als in der Kardiologie oder der Inneren Medizin. Aber durch die Fallzahlsteigerung in der Geriatrie stehen wir in Zukunft vor der Herausforderung, nicht nur die Personalbedarfe für die bestehenden Strukturen zu decken, sondern es werden darüber hinaus zusätzliche Fachkräfte erforderlich sein“, erläutert van den Heuvel. „Von der ärztlichen Selbstverwaltung sehe ich hier keinen Ansatz – eigentlich müsste jetzt eine Ausbildungsinitiative starten, um mehr junge Kollegen für das Fach zu gewinnen. Damit in Zukunft nicht die Geriater fehlen“, ergänzt er. Ein möglicher Anreiz für medizinischen Nachwuchs könnte auch der Facharzt Geriatrie sein. Allerdings gibt es den bislang nur in drei Bundesländern – in Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt. In allen Landesärztekammern ist die Zusatz-Weiterbildung „Geriatrie“ für Fachärzt:innen möglich.

Demografischer Wandel betrifft nicht nur Patient:innenseite

Der demografische Wandel betrifft also nicht nur die Patient:innenseite. Der Bundesverband Geriatrie hat für das Weißbuch auch die Entwicklung der Altersverteilung der in der Geriatrie praktizierenden Ärzt:innen untersucht. Das Ergebnis: Von 2019 bis 2021 waren die meisten Ärzt:innen zwischen 40 und 60 Jahre alt, die Zahl der über-50-Jährigen hatte zugenommen, während die Zahl der 40-jährigen Geriater tendenziell rückläufig war. Der Bundesverband Geriatrie geht daher davon aus, dass die Ruhestands- und Pensionierungswelle der Babyboomer sich merklich auswirken wird und zeitgleich weniger Jüngere nachrücken werden, als bei dem wachsenden Versorgungsbedarf erforderlich wäre.

Für die Zukunft sieht Dirk van den Heuvel noch großen Handlungsbedarf: „Wir müssen die Strukturen noch stärker einfordern, so dass Geriatrien wirklich flächendeckend erreichbar sind und Türschildgeriatrien, die nur die minimal geforderten Strukturen erfüllen, zunehmend vom Markt gedrängt werden. Der Zugang für

geriatrische Rehabilitation muss gewährleistet sein, da muss von den Krankenkassen eine bessere Planung stattfinden. Und dann die Sektorengrenzen: Wir müssen die geriatrische Versorgung zusammendenken, inhaltlich, strukturell und planerisch miteinander verzahnen.“ Das Überwinden der Sektorengrenzen wird seit Jahrzehnten von der Gesundheitspolitik gefordert. Auch im nationalen Gesundheitsziel ist zu lesen: „Angesichts des demografischen Wandels und der Veränderung des Krankheitsspektrums stehen Akteu-

re und Professionen des Gesundheitswesens vor der Aufgabe, die sektorale Aufgliederung des Gesundheitssystems zu überwinden, Umstrukturierungen vorzunehmen sowie die Verbindung präventiver, therapeutischer, rehabilitativer, pflegerischer und beratender Dienstleistungen zu ermöglichen.“ Die Erkenntnis, das gehandelt werden muss, ist schon seit langem vorhanden. Die Zeit zu handeln wird mit dem Wissen um die demografische Entwicklung allerdings immer knapper.

Anzeige



PVSforum
FORTBILDUNGSINSTITUT

**GOÄ-WISSEN FÜR
IHREN PRAXISERFOLG**

Aktuelle GOÄ-Seminare ONLINE ☺

Augenheilkunde	09.10.2024
Radiologie/Strahlentherapie	11.10.2024
Kardiologie	05. + 12.11.2024
Urologie	04.12.2024
Pädiatrie	11.12.2024

Alle Seminare: pvs-forum.de

Mehr Wissen über alte Menschen ist dringend notwendig

Gesundheitsrisiko: Altersstereotype

(Fast) Jeder von uns hat sie – negative Altersbilder. Aber besonders im Gesundheitswesen können sie nachteilige Auswirkungen auf die Lebensqualität und Gesundheit von älteren Menschen haben. Was es braucht, ist eine differenzierte Auseinandersetzung damit, inwieweit die eigene Einstellung zum Alter(n) die Arbeit von Mediziner:innen beeinflusst und ob die Strukturen des Gesundheitssystems adäquat auf eine Gesellschaft des langen Lebens ausgerichtet sind.



Prof. Dr. Susanne Wurm

„Alter ist nicht gleichbedeutend mit Krankheit, Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit“, heißt es auf einer Informationsseite des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen. Selbst dann, wenn im Alter gesundheitliche Probleme und Beschwerden zunehmen. Das wurde unter anderem auch in der Studie

„Hohes Alter in Deutschland (D80+)“ ermittelt: Obwohl der Großteil der befragten Menschen im hohen Alter mehrfach erkrankt ist, bewertet mehr als die Hälfte ihre Gesundheit als eher gut oder sehr gut. Trotz eingeschränkter Gesundheit sei die Mehrheit der 80-Jährigen und Älteren mit ihrem Leben zufrieden und lebt nach eigenen Vorstellungen.

Auch andere Publikationen heben hervor, dass der Anteil alter Menschen ohne bedeutende Verluste in ihren Alltagskompetenzen höher bleibt als der von Menschen mit großen gesundheitlichen Einschränkungen. Und trotzdem: In unserer Gesellschaft herrschen noch immer überwiegend negative, mindestens aber skeptische Gedanken vor, wenn es ums Altern geht – um das eigene oder das von anderen. Was viele damit assoziieren: Älterwerden geht einher mit körperlichen Verlusten wie Krankheit, nachlassender Kraft, Demenz, Tod. Die eigene Endlichkeit rückt dabei ins Bewusstsein.

„Negative Altersbilder sind bei uns allen in den Köpfen verankert. Aber in der Gesundheitsversorgung haben sie einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Gesunderhaltung älterer Menschen. Deswegen ist es umso wichtiger, dass die Menschen in diesem Bereich ein differenziertes Wissen über ältere Menschen haben und darüber, was es bedeutet, alt zu

sein“, sagt Prof. Dr. Susanne Wurm. Sie leitet seit 2019 den Lehrstuhl für Präventionsforschung und Sozialmedizin an der Universitätsmedizin Greifswald. Ihre Forschungsgebiete sind unter anderem Gesundheit im mittleren und höheren Erwachsenenalter, Präventions- und Interventionsansätze für gesundes Älterwerden und Altersbilder. Denn noch immer komme das Alter beziehungsweise die negative Sicht darauf in gesellschaftlichen Diskursen zu kurz. Die Jüngeren sind heute sensibler, was Themen wie Sexismus und Rassismus betrifft. Mit Altersdiskriminierung wird sich hingegen noch nicht ausreichend auseinandergesetzt. „Dabei kann uns alle Ageismus treffen, wenn wir nur lange genug leben“, betont Susanne Wurm.

Bestehende Altersbilder hinterfragen!

Die WHO hat deshalb von 2021 bis 2030 die Dekade des gesunden Älterwerdens ausgerufen. Unter anderem soll dadurch erreicht werden, weltweit die Gesundheitssysteme an die Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen, eine bessere Datenlage zu schaffen und auch bestehende Altersbilder zu hinterfragen sowie Altersdiskriminierung zu verringern. In verschiedenen Studien wurde bereits gezeigt, dass Medizinstudent:innen negative Altersbilder haben. Auch Susanne Wurm stellt das in ihren Vorlesungen immer wieder fest. Unter anderem, wenn sie ihre Student:innen schätzen lässt, wie verbreitet Einsamkeit unter Älteren ist. Häufig lautet die Annahme, dass über 50 Prozent der älteren Menschen einsam sind. Doch dies deckt sich nicht mit der Realität. Daten des Deutschen Alterssurveys – das ist eine bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen in der zweiten Lebenshälfte, die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wird – belegen, dass Einsamkeit in den meisten Altersgruppen bei einem Anteil von unter zehn Prozent vorkommt. Bei über 80- und 90-Jährigen liegen die Werte nur gering höher, bei knapp über zehn Prozent. „Wir stellen immer wieder fest, dass noch viel veraltetes und auch falsches Wissen vorhanden ist. Wissensvermittlung kann helfen, um die Einstellungen zum Alter zu verändern. Es ist zum Beispiel eben nicht normal, im Alter einsam zu sein“, erklärt Susanne Wurm.

Es geht in den Diskursen immer um die Überalterung der Gesellschaft, den demografischen Wandel. Wir sind aber mittlerweile vor allem eine Gesellschaft des langen Lebens. Das heißt, dieser Aspekt sollte rein in die Kitas, in die Schulen. Damit schon dort gelernt wird, wie man gesund älter werden kann. Und das nicht nur bezogen auf gesundheitliche Aspekte, sondern auch auf die Gestaltung des Lebens, auf verschiedene Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ich auch im Alter entwickeln kann



Prof. Wurm: Es herrscht noch zu wenig Wissen im medizinischen und pflegerischen Kontext vor, wenn es beispielsweise um das Erkennen und Therapieren von Delir geht. Das wiederum führt dazu, dass Arzt:innen und Pfleger:innen eher mit den eigenen Altersstereotypen arbeiten. Davon hängt dann ab, ob zum Beispiel Verwirrtheit als Alterserscheinung oder als Krankheit bewertet wird.

Dass sich die Altersbilder hin zum Positiven ändern müssen, ist für die Altersforscherin ein wichtiger Schritt auf dem Weg zum gesunden Altern. Das fängt schon damit an, sich positiv mit dem eigenen Altern auseinanderzusetzen. Häufig wenden Menschen Altersstereotype auf sich selbst an. Zwar kann mit realistischen und positiven Altersbildern das Altern nicht aufgehalten werden, aber die Lebensqualität wird größer und das Leben kann verlängert werden. Denn: Wer das Alter nicht nur mit gesundheitlichen und sozialen Defiziten besetzt und sich selbst beschränkt, sondern auch beispielsweise mehr Zeit mit der Familie oder Freunden, neue Interessen oder Sport damit verknüpft, hat einen Anreiz für ein langes Leben und engagiert sich unter Umständen mehr bei präventiven Maßnahmen. Ein Problem bei Self-Ageism, wie Susanne Wurm es ausdrückt, ist zudem, dass gesundheitliche Probleme als normaler Altersprozess eingeschätzt werden und häufig kein ärztlicher Rat zur Abklärung einer möglichen Krankheit in Betracht gezogen wird.

Ebenso können Mediziner:innen negative Altersbilder gegenüber ihren Patient:innen haben. Das kann dazu führen, dass Ältere bestimmte medizinische Behandlungen nicht erhalten, was für deren Gesundheit negative Folgen haben kann. Hinweise auf eine Unterversorgung von älteren Menschen gibt es bei der Diagnose und Therapie von Depressionen. Depressionen im Alter werden seltener diagnostiziert als bei jüngeren Menschen. Expert:innen führen dies darauf zurück, dass von Ärzt:innen Symptome wie sozialer Rückzug, Traurigkeit oder geringer Antrieb als normale Begleiterscheinungen des Alters angenommen, während sie bei Jüngeren schnell als Hinweis auf Depressionen gelesen werden. Bei anderen medizinischen Indikationen hingegen kommt es teilweise zu Fehl- und Überversorgung. Beispielsweise steigen mit zunehmendem Alter die Krebserkrankungen. Etwa 50 Prozent aller Krebspatient:innen sind 65 Jahre oder älter. Trotzdem werden ältere Menschen meist nicht in klinische Studien einbezogen. Weil dadurch evidenzbasiertes Wissen fehlt, sind ältere Menschen mit Krebs häufig von Über- und Untertherapien betroffen, woraus sich höhere Komplikationsraten bei den verabreichten Therapien und eine erhöhte Morbidität und Mortalität ergeben können.

Schon 2012 wurden im Nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ die Handlungsfelder beschrieben. Auch dort wurde betont, dass sich in der gesundheitlichen Versorgung Altersbilder unter anderem auf die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung sowie auf die kurative, rehabilitative und palliative Versorgung auswirken können. Weiterhin erkannten die Autor:innen die Notwendigkeit, auf

individueller und gesellschaftlicher Basis das Vorhandensein von Altersbildern zu reflektieren und gesellschaftliche Strukturen anzupassen. Eine Schlussfolgerung lautete: „In der Qualifizierung (Aus- und Weiterbildung) der mit älteren Menschen betrauten Professionen (Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter) sollten differenzierte Altersbilder vermittelt und Wirkungen von Altersbildern thematisiert werden.“

Auch Ärzte brauchen mehr Wissen über alte Menschen

Mitautorin Susanne Wurm ergänzt: „Es braucht mehr Wissen über ältere Menschen. Denn, das sage ich immer meinen Medizinstudierenden, in einer Gesellschaft des langen Lebens werden Sie sehr viel mit älteren Menschen zu tun haben.“ Um die Gesundheitsversorgung älterer Menschen zu verbessern, braucht es eine gezielte Wissensvermittlung über das Altern und das Leben älterer Menschen – bei Medizinstudent:innen und in weiteren Ausbildungsbereichen der Gesundheitsversorgung wie Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Denn es ist erkennbar, dass nicht nur die demografische Entwicklung zu Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung von Älteren führen wird. „Einige Studien zeigen, dass sowohl Medizinstudierende als auch Studierende im Bereich der Pflegewissenschaften häufig nicht mit älteren Menschen arbeiten möchten. Das sind natürlich schlechte Voraussetzungen, um eine gute Versorgung im pflegerischen und medizinischen Bereich zu gewährleisten. Es muss mehr getan werden, um Medizinstudierenden den Bereich der Geriatrie attraktiver zu machen“, sagt Wurm.

Doch nicht nur gut informierter medizinischer und pflegerischer Nachwuchs wird dringend benötigt. Es muss auch sichergestellt werden, dass Debatten um die Finanzierung des Gesundheitswesens und um Rationierungen von Gesundheitsleistungen nicht von negativen Altersbildern gelenkt werden. Susanne Wurm sieht dafür durchaus die Gefahr: „Debatten darüber werden in einer Gesellschaft des langen Lebens immer wieder auftauchen.“ Dabei sei eine pauschale gesundheitliche Aussage über ältere Menschen kaum möglich, „das“ Alter gebe es nicht. Ältere Menschen sind in ihren Fähigkeiten, ihren körperlichen und kognitiven Ressourcen äußerst verschieden. Da-

her habe das chronologische Alter allein keine Aussagekraft über den Gesundheitszustand. Dennoch wurde während der Coronapandemie in einigen Ländern die Erfahrung gemacht, dass nicht anhand des gesundheitlichen Status, sondern auf Grundlage des Alters entschieden wurde, ob Personen bestimmte medizinische Maßnahmen erhielten oder nicht.

„*Prävention ist im Alter wichtig: Die gerontologische Forschung hat belegt, dass bei vielen älteren Menschen eine große Veränderungsfähigkeit und -bereitschaft vorhanden ist*“

Zahlreiche Studien kamen zu dem Schluss, dass das Alter allein eine eher untergeordnete Rolle für den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen spiele. Die Ausgaben korrelierten nicht primär mit dem Alter, sondern mit der Nähe zum Tod – was wiederum unabhängig vom Lebensalter ist. Die WHO veröffentlichte 2016 einen Weltbericht über Altern und Gesundheit, in dem dieses Thema zentral betrachtet wurde. Darin ist zu lesen, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung durch die Bevölkerungsalterung steigen werden, aber längst nicht so stark wie erwartet. Ein Fazit lautete: Die Kosteninflation im Gesundheitswesen ließe sich eindämmen, wenn man Menschen in die Lage versetze, ein langes und gesundes Leben zu führen. Jede Prognose künftiger Gesundheitskosten aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung sei laut WHO-Bericht fragwürdig, da Gesundheitsausgaben weit weniger durch das Altern als durch andere Faktoren wie technologische Innovationen beeinflusst würden.

„Es geht in den Diskursen immer um die Überalterung der Gesellschaft, den demografischen Wandel. Wir sind aber mittlerweile

vor allem eine Gesellschaft des langen Lebens. Das heißt, dieser Aspekt sollte rein in die Kitas, in die Schulen. Damit schon dort gelernt wird, wie man gesund älter werden kann. Und das nicht nur bezogen auf gesundheitliche Aspekte, sondern auch auf die Gestaltung des Lebens, auf verschiedene Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ich auch im

Alter entwickeln kann“, sagt Susanne Wurm. Dazu zählt auch das Vermitteln von mehr Gesundheitskompetenz, die in allen Generationen gering ausgeprägt ist. Gesundheitspolitisch rückt die Prävention zunehmend in den Fokus. Dabei merkt die Altersforscherin an, dass hier breiter gedacht werden muss: Verhaltensprävention ist wichtig, doch Verhältnisprävention ist es mindestens genauso. Wird es einem beispielsweise im Supermarkt leichtgemacht, gesunde Lebensmittel auch zu einem akzeptablen Preis kaufen zu können? Prävention funktioniert nur als eine Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention – und das ist Sache der Politik, nicht von einzelnen Personen.

Prävention ist im Alter wichtig: Die gerontologische Forschung hat belegt, dass bei vielen älteren Menschen eine große Veränderungsfähigkeit und -bereitschaft vorhanden ist. Es gebe immer Momente, in denen Personen bereit sind, ihren Lebensstil zu ändern. Teachable moments, nennt das Susanne Wurm. Bei älteren Menschen sind das oft Krankheitserlebnisse, Verluste körperlicher Fähigkeiten. Es sei nie zu spät, auch Menschen im hohen Alter in Bewegung zu bringen, beispielsweise durch Sturzpräventionsangebo-

Altersdiskriminierung – Erkenntnisse der Wissenschaft

Im Mai dieses Jahres veröffentlichte die Europäische Kommission den Science For Policy Brief „Ageism: a challenge for health and healthcare“ (deutsch: Altersdiskriminierung: eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen). Prof. Dr. Susanne Wurm war als Erstautorin daran beteiligt. In dem Policy Brief fassten die Wissenschaftler:innen die aktuellen Erkenntnisse zum Thema zusammen und sprachen Empfehlungen für die Politik aus.

In internationalen Studien wurde herausgefunden, dass Altersdiskriminierung einen bedeutenden Einfluss darauf hat, wie lange Menschen leben und wie gesund sie beim Älterwerden bleiben. Altersdiskriminierung wird unter anderem damit in Verbindung gebracht, mit höherer Wahrscheinlichkeit Krankheiten zu entwickeln, funktionale Einschränkungen, kognitiven Abbau und depressive Symptome zu erleiden sowie ins Krankenhaus eingewiesen zu werden. Eine positivere Einstellung zum eigenen Altern ist hingegen mit einer besseren Gesundheit und einem längeren Leben verlinkt.

Im Gesundheitswesen kann Altersdiskriminierung zu einem eingeschränkten Zugang zu medizinischen Behandlungen und Präventionsmaßnahmen führen. Ältere Menschen sind außerdem häufig von klinischen Studien ausgeschlossen, sie sind somit unterrepräsentiert in der evidenzbasierten Medizin und ihre spezifischen Bedürfnisse können durch fehlendes Wissen in der Praxis nicht berücksichtigt werden. Vor allem die Tatsache, dass ältere Patient:innen häufig mehrere Erkrankungen haben und unterschiedliche Medikamente gleichzeitig einnehmen, wird noch wenig in den Fokus genommen. Gleichzeitig können negative Altersbilder und weniger altersrelevantes Wissen die Arbeit und Entscheidungen von Ärzt:innen und Pflegefachpersonen beeinflussen.

Empfehlungen an die Politik lauteten: 1. Richtlinien implementieren, so dass Altersdiskriminierung in Gesundheitseinrichtungen verhindert werden und sichergestellt wird, dass klinische Entscheidungen nicht rein auf Basis des chronologischen Alters gefällt werden. 2. Kampagnen starten, um für mehr Beschäftigte im Gesundheitswesen und die Öffentlichkeit für Altersdiskriminierung zu sensibilisieren. 3. Ältere Menschen in politischen Entscheidungsfindungen einbeziehen, um beispielsweise neue Technologien oder KI-Systeme altersinklusiv zu gestalten. 4. Ein aktives und gesundes Altern fördern, indem ein vermehrter Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne gesetzt wird. 5. Programme schaffen, die den Kontakt zwischen den Generationen ermöglichen und Inklusivität fördern.



Die Wahrnehmung gegenüber dem Alter und alten Menschen muss sich ändern

te. Allerdings sieht Susanne Wurm gerade hier Verbesserungsbedarf. Angebote speziell für ältere Menschen, beispielsweise Beratungen zu Lebensstilveränderungen oder Sturzpräventionskurse, sind teilweise nur unzureichend vorhanden. Das trifft auch auf den Zugang zum Gesundheitssystem zu. Wie gut ist die ärztliche Versorgung für ältere Menschen, vor allem in ländlichen Regionen? Die Gesundheitsversorgung ist immer noch darauf ausgerichtet, Personen auf einzelne Erkrankungen hin zu behandeln. Menschen mit mehreren Erkrankungen müssten gegebenenfalls mehrere Male im Quartal in die Behandlung. „Das wird nicht ausreichend berücksichtigt. Dafür braucht es ein anderes Anreizsystem“, bewertet Wurm die aktuelle Situation.

Gibt es Diskriminierung im Gesundheitssystem?

Generell, wie steht es um die Altersdiskriminierung im deutschen Gesundheitssystem – gibt es sie? Dominieren negative Altersbilder und Stereotype oder sind sie eher ein Randthema? Für eine pauschale Aussage sei das Thema zu komplex, urteilt Susanne Wurm. Ist es Altersdiskriminierung, wenn eine medizinische Behandlung nicht durchgeführt wird? Der Blick aufs Detail ist für die richtige Einschätzung erforderlich: Ist die medizinische Entscheidung im Sinne der Patient:innen, war es deren konkreter Wunsch? Wurden sie über alle Möglichkeiten in der Therapie aufgeklärt? Es muss die gemeinsame Entscheidung von Ärzt:innen und Patient:innen sein, auch den Weg der quartären Prävention zu gehen. Nicht-Behandeln und Nicht-Diagnostizieren sind zudem zwei unterschiedliche Aspekte. Als prototypisches Beispiel zieht Susanne Wurm den Umgang mit Menschen mit Delir heran. Es herrsche noch zu wenig Wissen im medizinischen und pflegerischen Kontext vor, wenn es beispielsweise um das Erkennen und Therapieren von Delir geht. Das wiederum führe dazu, dass Ärzt:innen und Pfleger:innen eher mit den eigenen Altersstereotypen arbeiteten. Davon hängt dann ab, ob zum Beispiel Verwirrtheit als Alterserscheinung oder als Krankheit bewertet wird. „Es sollte noch mehr delirsensible Krankenhäuser

geben. Ärzt:innen und Pflegefachkräfte sind nicht ausreichend für bestimmte altersbezogene Themen geschult beziehungsweise für ihre eigenen negativen Altersbilder sensibilisiert“, schlussfolgert Susanne Wurm. Das zu ändern und die Gesundheitsversorgung dadurch altersgerecht zu gestalten, liege in der Verantwortung der Gesellschaft.

Aktiver HB-Ausschuss

Im Hartmannbund bietet der Ausschuss „Ärztinnen und Ärzte 60plus - Altersfragen und Medizin“ die Möglichkeit, in der beruflichen Übergangszeit und im Ruhestand politisch aktiv zu sein. Gesamtgesellschaftliche Diskussionen mitzugestalten, die sich mit Themen rund um die Ärzteschaft und gesundheitspolitische Bereiche der Seniorenpolitik beschäftigen, ist dem Ausschuss ein Anliegen, ebenso wie das Informieren von Hartmannbund-Mitgliedern über Gestaltungsmöglichkeiten im Ruhestand.

Aktuell lädt die Ausschuss-Vorsitzende, Frau Dr. Friedländer, alle interessierten Verbandsmitglieder herzlich ein zur Online-Veranstaltung „Aufbruch im Ruhestand - Ehrenamtlicher Einsatz“ mit dem Senior Expert Service am Beispiel Namibia“ am 9.10.2024 um 16.00 Uhr.



Zur Anmeldung geht es hier

Interview mit Prof. Dr. Jürgen Bauer zum Thema Altersmedizin

Wir unternehmen zu wenig, um die Pflegebedürftigkeit in die Höchstaltigkeit zu verschieben

Die Digitalisierung wird dabei helfen, die Altersmedizin auf eine andere Stufe zu heben und ältere Menschen besser versorgen zu können – davon ist Prof. Dr. Jürgen M. Bauer überzeugt. Im Gespräch mit dem Hartmannbund Magazin erläutert er auch, warum in einer älter werdenden Gesellschaft Präventionsmaßnahmen deutlich verstärkt werden sollten, wieso eine gewisse Geriatriisierung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung unabdingbar ist und dass Altern noch immer mit gewissen Stigmata behaftet ist.

Hartmannbund Magazin: Ist das Gesundheitssystem ausreichend auf die Versorgung älterer Menschen eingestellt?

Prof. Dr. Jürgen M. Bauer: Wir sind auf dem Weg, aber es bedarf noch entscheidender Verbesserungen.

Wo sehen Sie denn Schwächen?

Ich sehe große Defizite in evidenzbasierten, präventiven Ansätzen zur Vermeidung des funktionellen Abbaus in der älteren Bevölkerung. Hier droht auch die größte Baustelle: Wir unternehmen eigentlich zu wenig, um die Pflegebedürftigkeit in die Höchstaltigkeit zu verschieben. Da ist noch zu wenig Koordination vorhanden. Wir steigen momentan relativ spät in die Intervention ein, unter anderem weil ganz allgemein ein Mangel an für den einzelnen passenden präventiven Angeboten existiert und der Funktionszustand der Betagten oftmals auch nicht bekannt ist.

Woran liegt das?

Das Thema Altern und Gesellschaft muss mehr in den Blick genommen werden. Es braucht ein Bewusstsein dafür, dass es bei Gesundheit und Pflege auch immer um Eigenverantwortung geht. Und die sollte eingefordert werden. Dafür braucht es Kampagnen. Die Menschen aller Bevölkerungsschichten müssen sich aktiv damit auseinandersetzen, was sie spätestens mit Ende der Berufstätigkeit unternehmen können, damit auch die folgenden 30 Jahre für sie erfolgreich verlaufen. Die Anstrengungen müssen vielschichtiger und intensiviert laufen, um in der großen Diversität der Bevölkerung präventiv erfolgreich zu sein. Sonst werden wir da scheitern.

Zur Person: Prof. Dr. Jürgen M. Bauer

Prof. Dr. Jürgen M. Bauer ist Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie mit Zusatzbezeichnung Klinische Geriatrie. Seit 2016 leitet er als Ärztlicher Direktor das Geriatrie Zentrum am Universitätsklinikum Heidelberg und das Agaplesion Bethanien-Krankenhaus Heidelberg. Außerdem ist er Direktor des Netzwerks Altersforschung der Universität Heidelberg. Von 2016 bis 2018 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Bauers Forschungsfokus liegt auf den geriatrischen Syndromen Sarkopenie und Frailty, der Rehabilitation im Alter sowie auf assistierten Technologien für Ältere. Seit 2021 ist er Mitglied der Heidelberger Akademie der Wissenschaften.



Prävention, vor allem die gängigen Empfehlungen wie gesunde Ernährung, Bewegung und soziale Kontakte, hört sich einfach an. Wie kann das denn tatsächlich im großen Stil umgesetzt, die Motivation dafür erhöht werden?

Es sind zwei wichtige Domänen, die in der Altersmedizin im Mittelpunkt stehen: Zum einen der Erhalt der Mobilität und Kraft, zum anderen der Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit. Im Internet, in Zeitschriften kann man sehr viele Informationen dazu erhalten. Die Frage ist, wie man in der Breite vom Wissen ins Tun kommt. Digitalisierung kann ein Weg sein, wie wir manches Problem lösen können.

Es wird oftmals angenommen, dass gerade Ältere technologischen Neuerungen ablehnend gegenüberstehen. Wie ist Ihre Erfahrung und kann das einem digitalen Ansatz nicht im Weg stehen?

Wir erleben gerade eine unglaubliche Zunahme an digitalen Devices in der älteren Bevölkerung. Das muss man natürlich je nach Altersgruppe unterscheiden. Aber insgesamt können wir davon ausgehen, dass ein hoher Anteil der Älteren zukünftig relativ viel Fertigkeiten haben wird im Umgang mit digitalen Anwendungen. Deshalb wäre ich nicht so skeptisch, erfolgreich digitale Ansätze in der Breite umzusetzen. Wir werden heute nicht jeden 90-Jährigen erreichen können. Aber in der nahen Zukunft ist das bei der Altersgruppe 80 plus kein Problem.

Also spielt Digitalisierung in der Prävention perspektivisch eine wichtige Rolle?

Man muss die Zielgruppen, die man ansprechen möchte, schon genau analysieren. Ist das Ziel Prävention bei Älteren, die relativ gesund sind oder handelt es sich bei der Zielgruppe um Menschen, die schon erste Defizite haben, ihren Alltag aber noch gut bewältigen können? Und was ist bei Menschen, die bereits starke Einbußen haben, vielleicht auch auf kognitiver Ebene? Bei dieser Gruppe kommen wir mit digitalen Ansätzen an unsere Grenzen. Bei den ersten beiden Gruppen hingegen können wir digitale Interventionen gut einsetzen. Wie wir diese Tools aber so gestalten, dass sie nicht nur verstanden, sondern auch dauerhaft eingesetzt werden – da können wir alle noch viel lernen.

Damit sie überhaupt erst medizinisch wirksam werden?

Ja. Im Internet und im App Store gibt es tausende Anwendungen. Aber die wenigsten sind medizinisch begleitet und haben nachgewiesen, dass sie tatsächlich etwas bewirken. Aber wenn es um

medizinische Wirksamkeit geht, also wenn ich mit Hilfe einer App verhindern möchte, dass ich einen Sturz oder Mobilitätseinbußen erleide, da ich durch sie gut trainiert bin, dann muss gewissermaßen richtig geklotzt werden. Es müssen gute Programme mit hohem Know-how entwickelt werden, die unter anderem anhand von individuellen Messwerten mit zunehmender Dauer des Trainings die Intensität desselben steigern.

Und Digitalisierung allein ist dann ein Gamechanger?

Digitale Anwendungen, die Spaß machen und einen für das Training motivieren, helfen natürlich. Wenn es aber um die längerfristige Akzeptanz der Tools geht, ist auch sozialer Austausch wichtig. Das kann erreicht werden, indem zum Beispiel ein Bewegungs-Tool in der Gruppe genutzt wird und man sich über das gemeinsame Training austauschen kann. Oder dass solche Tools im Wechsel mit Personeninteraktionen genutzt werden, also dass sich ein Sportwissenschaftler oder Physiotherapeut immer wieder in die Trainingseinheit dazu schaltet. Das ist dann ähnlich wie bei einem persönlichen Hausbesuch.

Halten Sie es für möglich, dass in Zukunft die Datenmessung von zu Hause aus über Wearables den Ärzt:innen in der Praxis oder im Krankenhaus bei der Diagnose- und Therapiefindung, bei der Rehabilitation ihrer Patient:innen helfen werden?

Ja, ich glaube, dass die Entwicklung in diese Richtung gehen wird. Wearables sind sicherlich im Augenblick schon sehr gut einsetzbar, wenn es um kardiovaskuläres Training geht. In Heidelberg untersuchen wir eher den Kraftbereich, die Sturzvermeidung. Auch da könnten Wearables eingesetzt werden. Wie sehr muss zum Beispiel der ältere Mensch eine Übung intensivieren, um sein Trainingsziel zu erreichen? Ich glaube, dass man in Zukunft mit Wearables messen wird, wie gut Trainingsprogramme laufen und wie man diese gegebenenfalls in der Rehabilitation anpassen kann, um sie effektiver zu gestalten. In diesem Bereich wird man auf elektronische Daten zurückgreifen, um genauer zu erfassen, wie viel jemand trainiert, wo Trainingslücken sind und bei welchen Bewegungsformen diese besonders ausgeprägt sind.

Also hat Digitalisierung das Potenzial, die geriatrische Versorgung beziehungsweise Rehabilitation auf eine andere Ebene zu heben?

In meinem Forschungsbereich Bewegung und Kraft sehe ich mehr als nur Potenzial. Ich bin ganz sicher, das wird die Zukunft sein. Auch weil sich wenig Alternativen bieten, und wir eine abnehmende Zahl an Trainern und Physiotherapeuten zur Verfügung haben werden. Wir können die Entwicklungen einer alternden Gesellschaft nicht auffangen, ohne digitale Methoden zu nutzen. Erste digitale Tools sind schon vorhanden, nur müssen wir diese noch auf eine gute Evidenzbasis stellen. Da wird noch mehr kommen. Das bisherige Angebot entspricht größtenteils noch nicht den Kriterien der Nachhaltigkeit für die ältere Generation. Wir müssen zudem eine Kennzeichnung etablieren,



um den älteren Nutzenden die Wahl des für sie geeigneten Tools zu erleichtern. Und es wird eine Mitwirkung der Hausärzte geben, die zu digitalen Anwendungen bei bestimmten Indikationen beraten werden.

Nun zurück aus der Zukunft und mit Blick auf die aktuelle Lage: Gibt es schon heute Versorgungslücken in der geriatrischen Gesundheitsversorgung beziehungsweise wo gibt es drohende Versorgungslücken?

Man muss schon sagen, dass Deutschland im europäischen Vergleich viel in geriatrische Krankenhausstrukturen investiert. Allerdings ist das regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Und in der geriatrischen Rehabilitation gibt es bereits Versorgungslücken. Dort ist eine Wartezeit von vier bis sechs Wochen meist die Regel, nicht die Ausnahme. Das ist für viele Patienten, die ein akutes Problem haben und immobil sind, viel zu lang. Hinzu kommt ein schwindendes Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen, was sich unter Umständen sehr zum Nachteil von Patienten auswirken kann, wenn keine Abverlegung aus den Krankenhäusern möglich ist.

Macht Ihnen das mit Blick auf den demografischen Wandel Sorgen?

Ich bin fest davon überzeugt, dass sich die Situation verschärfen wird. Wir haben zwei Engpass-Situationen: Wir haben finanzielle Engpässe mit Blick auf die gesetzliche Krankenversicherung und beim Staatshaushalt. Und wir haben ein Problem in der medizinischen Versorgung aufgrund des Mangels von Mitarbeitern. Wir müssen in der Gesellschaft eine Diskussion darüber führen, wie viel wir bereit sind, für die Gesundheitsversorgung auszugeben.

Ist es möglich, dass es in Zukunft keine Leistungseinschränkungen geben wird, wie es aus Berlin heißt?

Das halte ich nicht für zukunftsweisend. Man muss konkret sa-

„ Wir können die Entwicklungen einer alternden Gesellschaft nicht auffangen, ohne digitale Methoden zu nutzen.“

„Ich bin fest davon überzeugt, dass sich die Situation verschärfen wird. Wir haben zwei Engpass-Situationen: Wir haben finanzielle Engpässe mit Blick auf die gesetzliche Krankenversicherung und beim Staatshaushalt. Und wir haben ein Problem in der medizinischen Versorgung aufgrund des Mangels von Mitarbeitern.“

gen, was wir uns bei der Versorgung im Alter leisten können und wollen oder auch nicht. Die Diskussion darüber empfinde ich als nicht ausreichend. Das braucht es aber, um gut gesteuert in die Zukunft zu kommen.

Geriatern:innen sind mit ihrem Spezialwissen auf die Behandlung komplexer Fälle und geriatrische Syndrome eingestellt. Nun werden ältere Patient:innen aber nicht immer von Altersmediziner:innen oder in der Geriatrie behandelt, sondern bei Hausärzt:innen oder auf normalen Krankenhausstationen. Braucht es eine strukturelle Veränderung des Gesundheitswesens, um die medizinische Versorgung besser auf die Bedürfnisse Älterer auszurichten?

Ich glaube an zwei Ansätze: Erstens – und dazu hat die Bundesärztekammer uns schon lange aufgefordert – ist eine gewisse Geriatriisierung der Curricula aller Fächer notwendig. In die Weiterbildungscurricula sollten, als ganz normaler Teil der Ausbildung, Aspekte der Geriatrie aufgenommen werden, um mehr Verständnis für die Besonderheiten älterer Menschen zu erlangen. Ob Unfallchirurg, Kardiologie oder Nephrologe – Wissen über die Behandlung älterer Patienten ist essenziell. Zweitens ist eine ausreichend hohe Zahl an Geriatern erforderlich, die bei besonderen Fragestellungen gerufen werden können, um im Krankenhaus konsiliarisch auf anderen Stationen den Behandlungsverlauf mit zu steuern oder Empfehlungen abzugeben.

Screenings für ältere Patient:innen – sei es auf Mangelernährung, Demenz oder Delir und weitere geriatrische Syndrome – sind nicht verpflichtend. Sollte sich das ändern, um die Versorgung zu optimieren und Outcomes zu verbessern?

Gerade in der Unfallchirurgie ist bei der medizinischen Versorgung von Schenkelhalsfrakturen ein umfassendes geriatrisches Assessment vorgeschrieben. Auch für weitere Indikationen werden Assessments immer häufiger eingesetzt, weil man weiß, dass dadurch Komplikationen verhindert werden können. Vor Operationen bei älteren Patienten wächst diesbezüglich zunehmend die Sensibilität. Man kann durch die Assessments die vorbereitende Planung und auch die Nachsorge gezielter durchführen, weil sie eine genauere Differenzierung ermöglichen, welchen Patienten man vor sich hat und welche Probleme möglicherweise auftreten könnten. Da findet gerade ein Umbruch statt. Immer mehr Fächer erkennen, dass solche Assessments genutzt werden sollten, um die richtigen Therapie- und Diagnoseentscheidungen zu treffen. Ich arbeite zum Beispiel gerade an einer Leitlinie der Anästhesiologie mit, bei der es um das perioperative Management von Patienten mit Frailty geht und wie diese erfasst werden sollte.

Aber sollten bestimmte Screenings verpflichtend sein? Zum Beispiel wird dem Screening auf Mangelernährung eine große Bedeutung beigemessen, weil eine unerkannte und unbehandelte Mangel-

nährung sowohl für Patient:innen als auch für das Gesundheitswesen eine große Belastung darstellen.

Da rennen Sie bei mir offene Türen ein. Mangelernährung oder das Risiko für Mangelernährung sollten besser angegangen werden, denn dadurch werden Komplikationen verhindert und das Überleben stationärer Patienten wird verbessert. Ich habe mich lange Zeit mit Screenings auf Mangelernährung beschäftigt. Aber diese werden in der Regel nur durchgeführt, wenn dafür auch die Finanzierung hinterlegt wird. Im Augenblick sind viele Protagonisten – im ambulanten und stationären Bereich – finanziell am Limit. Und damit wird es schwierig, neue Leistungen einzuführen. Aber ich bin zuversichtlich, dass es zukünftig eine politische Regelung geben wird, um solche Screenings in die Routine zu überführen und adäquat zu honorieren. Aber: Natürlich kann das Screening erst der Anfang sein, danach muss gegebenenfalls eine Ernährungstherapie folgen. Und das nicht nur in der Gruppe geriatrischer Patienten, sondern es trifft auch die Übergangphase 60 plus. Da haben wir noch eine offene Flanke in Deutschland.

Würden Sie sagen, dass Mangelernährung im geriatrischen Bereich einer der größeren Risikofaktoren ist?

Absolut. Durch Alterungsprozesse wird in der Hochaltrigkeit die Appetitregulation wesentlich labiler. Durch ungünstige Einflüsse wie Polypharmazie und Komorbiditäten geht der Appetit noch einmal dramatisch zurück und es besteht schließlich kein ausreichender Antrieb mehr, zu essen. Gleichzeitig ist das Sättigungsverhalten ein anderes: Ältere Menschen können oftmals nicht mehr so große Mengen zu sich nehmen. Menschen im hohen Alter sind daher wie keine andere Gruppe prädisponiert für eine Mangelernährung. Eine Mangelernährung wiederum ist der maximale Schrittmacher für einen Muskelabbau. Und das muss eigentlich jedes Fach erkennen: Wenn der Patient kalorisch oder auch bezogen auf den Proteinverzehr deutlich unter seinem Bedarf liegt, wird seine Prognose unabhängig vom Erfolg sonstiger medizinischer Maßnahmen schlecht sein.

Wie würden Sie die Geriatrie der Zukunft beziehungsweise das Gesundheitswesen gestalten, damit ein gesundes Altern möglich ist und Fehl-, Unter- und Überversorgung bei älteren Patient:innen verhindert wird?

Wir benötigen noch mehr Studien, um die Sinnhaftigkeit von bestimmten Maßnahmen und mancher Multimedikation zu hinterfragen. Welche Therapiedauer brauchen wir, welche Medikation ist aus Patientensicht wirksam und welche Behandlung ist im hohen Alter verhältnismäßig? Mehr Forschung dazu würde auch dem individuellen Patienteninteresse besser gerecht. Ansonsten würde ich mir schöne Geriatrien wünschen, mit großen Räumen, in denen auch mit Rollatoren und anderen Hilfsmitteln gut umgegangen werden kann. Viel Licht, Freundlichkeit, was auch den Respekt vor dem Altern baulich ausdrückt. Mit Begegnungstätten für ältere und jüngere Menschen – das Altern sollte aus der Schmutzdecke in die Mitte der Gesellschaft geholt werden. Sobald Gebrechlichkeit, Inkontinenz, Demenz, oder auch andere geriatrische Syndrome auftreten, wird das Alter noch immer stigmatisiert. Ich wünsche mir, dass wir mit den Gebrechen unserer älteren Mitbürger besser umgehen und dieses Stigma wegfällt. Das ist vielleicht ein allgemein menschlicher Blickwinkel, aber ich denke, das ist die Basis für eine zukünftige, dann noch stärker individualisierte Gesundheitsversorgung im Alter. Und natürlich wäre auch eine stärkere Förderung der Altersmedizin sinnvoll.

Das Universitätsklinikum Heidelberg ist an mehreren Projekten beteiligt, die Wege für eine bessere Versorgung betagter und hochbetagter Menschen erforschen:

1. Das Projekt „GeRas – Geriatrische Rehabilitationserfolge nachhaltig sichern“ soll eine Lücke in der Regelversorgung schließen: Hier stehen bisher keine strukturierten Programme zur Verfügung, die sich an die geriatrische Rehabilitation älterer multimorbider Personen anschließen. Wie können Rehabilitationserfolge auch nach dem stationären Aufenthalt im häuslichen Umfeld erhalten bleiben? Dafür soll ein abgestimmtes Behandlungsprogramm die Kontinuität zwischen stationärer Rehabilitation und ambulanter Nachsorge gewährleisten. Wesentlicher Bestandteil sind Hausbesuche durch Leistungserbringer der Rehabilitations-Klinik und Versorgungsmanager:innen der Krankenkasse, Telefonate und interdisziplinäre Fallbesprechungen, die nach Entlassung in abnehmender Häufigkeit durchgeführt werden. Telemedizinische Leistungen wie video-assistierte Trainings und Videotelefonate werden erprobt. GeRas wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. Im Mai erhielt das Modellprojekt den Preis „Beste digitale Lösungen aus den Bundesländern“ des Netzwerks Gesundheitsstadt Berlin.
2. Ein Großteil der älteren Menschen lebt allein zu Hause. Mit zunehmendem Alter verlieren sie allmählich Körperkraft und –funktionalität und die Selbstständigkeit der Betroffenen nimmt ab. Das Innovationsfondsprojekt des G-BA „Prometheus – Prävention für mehr Teilhabe im Alter“ hat zum Ziel, dieser Personengruppe dabei zu helfen, ihre körperlichen Fähigkeiten so lange wie möglich zu erhalten. Ein spezifisches ambulantes Angebot wie ein physiotherapeutisches Trainingsprogramm gibt es bislang nicht in der Regelversorgung. Rehabilitationsmaßnahmen erhalten überwiegend solche Patient:innen, die beispielsweise nach einer sturzbedingten Verletzung akut darauf angewiesen sind.
3. Das Projekt „SMART-AGE“ wird von der Carl-Zeiss-Stiftung gefördert. Es wird erforscht, wie Digitalisierung den Alltag älterer Menschen bereichern kann. Das beinhaltet auch den Themenbereich Gesundheit: Mehrere Projekte untersuchen, welche Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch den Einsatz von vernetzten Tablet-basierten intelligenten Assistenzsystemen erzielt werden können.

Einfach Arzt sein: Ihre Praxis. Unser Support.

- ✓ Schlüsselfertige Praxisräume
- ✓ Rezeption & Back-Office
- ✓ Cloud Praxissoftware

Berlin
Frankfurt
Hamburg



Moderne Praxisräume für Ihre Selbstständigkeit in Voll- oder Teilzeit. 100% der Umsätze bleiben bei Ihnen und Sie zahlen eine transparente monatliche Praxismanagementgebühr.



Jetzt besichtigen & Lieblingspraxis sichern

www.eterno.health
sales@eterno.health

Riesiges Potenzial für Digitalisierung

Mit smarterer Altersmedizin Lücken in der Versorgung schließen!

Wir leben in einer Gesellschaft des langen Lebens. Wie technologische Innovationen dabei helfen können, das Leben älterer Menschen zu erleichtern und deren Gesundheitsversorgung zu verbessern, wird in vielen Forschungsprojekten untersucht. Das Potenzial der zunehmenden Digitalisierung ist riesig: Versorgungslücken können geschlossen, die Behandlung patientenzentrierter werden. Doch es gibt auch noch Hürden zu überwinden.



Foto: Privat

Gibt es bald digitale Geriater:innen? Kollege KI? Ganz so weit würde Prof. Dr. Michael Denking sicher nicht gehen. Denking, Ärztlicher Direktor der Agaplesion Bethesda Klinik Ulm und Leiter des Instituts für Geriatrie an der Uniklinik Ulm, leitet das Forschungsprojekt SURGE-Ahead (Supporting SURGERY with GERiatric Co-management and AI). Künstliche Intelligenz soll keine Geriater:innen ersetzen, vielmehr möchte der President-elect der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) Leerstellen in der Versorgung älterer Patient:innen im Krankenhaus schließen. Denn obwohl die Forschung gezeigt hat, dass ältere Menschen von einem geriatrischen Co-Management profitieren, ist es in Krankenhäusern längst

„Andererseits dient KI auch den Spezialisten selbst, da die oft sehr ausgeprägte Multimorbidität unterschiedliche Symptome hervorbringt, die oft nicht mehr klaren Krankheitsbildern und selbst geriatrischen Syndromen zuzuordnen sind.“

noch nicht Standard – ein spezialisiertes Beratungsteam aus Altersmediziner:innen, Pflegefachpersonen, Therapeut:innen und Mitarbeitenden aus dem Sozialdienst wird in der Chirurgie oder anderen nicht-geriatrischen Kliniken selten eingesetzt.

Dabei trägt geriatrisches Co-Management durch die Berücksichtigung von medizinischen, sozialen und psychischen Bedürfnissen älterer Patient:innen zu einer Verringerung der Sterblichkeit bei, macht es wahrscheinlicher, dass sie sich gut erholen und nach dem Krankenhausaufenthalt wieder selbst für sich sorgen können. Das Problem: Auch wenn in Zukunft mehr geriatrische Expertise in anderen Fachdisziplinen hinzugezogen werden soll, wie es beispielsweise durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bei der flächendeckenden geriatrischen Versorgung von Hüft-Fraktur-Patient:innen vorgegeben wurde – es fehlt an Fachkräften. Hier setzt das Projekt SURGE-Ahead an, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und an der Uniklinik Ulm gemeinsam mit der Unfallchirurgie, Urologie und Allgemeinchirurgie konzipiert wird. Mit Hilfe digitaler Technologien sollen zum Beispiel unfallchirurgische Abteilungen auch ohne Geriater:innen und ihre Teams die individuellen Risiken älterer Patient:innen abschätzen und damit die Therapie und Nachsorge besser planen können.

Denn Menschen im hohen Alter haben häufig mehrere Erkrankungen, nehmen verschiedene Medikamente, verfügen über individuell höchst unterschiedliche Ressourcen.

Aus bestimmten Mustern Krankheitsbilder erkennen

In etwa acht bis zehn Minuten werden von den jeweiligen Patient:innen zusätzliche Daten erhoben, beispielsweise, ob eine Mangelernährung vorliegt oder wie mobil die Betroffenen sind. Die KI führt diese Daten mit den bereits vorhandenen Daten aus dem Krankenhausinformationssystem zusammen und schlägt dann eine passgenaue Versorgung vor beziehungsweise weist auf kritische Faktoren hin: Welche Medikation ist sinnvoll, wer ist gefährdet, nach der Vollnarkose ein Delir zu erleiden, oder wie sollte die Versorgung nach der Krankenhausentlassung fortgeführt werden? „Gerade in der Geriatrie und in anderen komplexen, oft wenig normierbaren Fächern wie der allgemeinen Inneren Medizin oder

Allgemeinmedizin kann KI – also Machine Learning und Neuronale Netze – dabei helfen, aus bestimmten Mustern diagnostischer Informationen atypische Krankheitsbilder zu erkennen“, erklärt Michael Denking. Digitale Anwendungen sind also geeignet, nicht-geriatrischen Ärzt:innen bei der Behandlung komplexer geriatrischer Patient:innen zu unterstützen. „Dadurch kann die strukturierte geriatrische Medizin anhand eines mehrdimensionalen Assessments im Sinne einer Basisversorgung auch ohne geriatrische Expertise möglich sein und erst bei schwierigen diagnostischen oder therapeutischen Themen müssen die Spezialisten dazu geholt werden“, beschreibt Denking das Ziel des SURGE-Ahead-Projekts. „Andererseits dient KI auch den Spezialisten selbst, da die oft sehr ausgeprägte Multimorbidität unterschiedliche Symptome hervorbringt, die oft nicht mehr klaren Krankheitsbildern und selbst geriatrischen Syndromen zuzuordnen sind.“

Digitale Technologien können aber auch schon einen Schritt vorher ansetzen und dabei helfen, dass gesundheitliche Verschlechterungen frühzeitig erkannt und entsprechend behandelt werden können – und ältere Menschen gar nicht erst ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen. „Stay@Home – Treat@Home“ heißt das Innovationsfonds-Projekt, das an der Charité – Universitätsmedizin in Berlin mit verschiedenen Kooperationspartnern:innen unter anderem Hausärzt:innen, der Johanniter-Unfall-Hilfe, dem Malteser Hilfsdienst und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin entwickelt wurde. Mit der Absicht, durch eine interdisziplinäre telebasierte

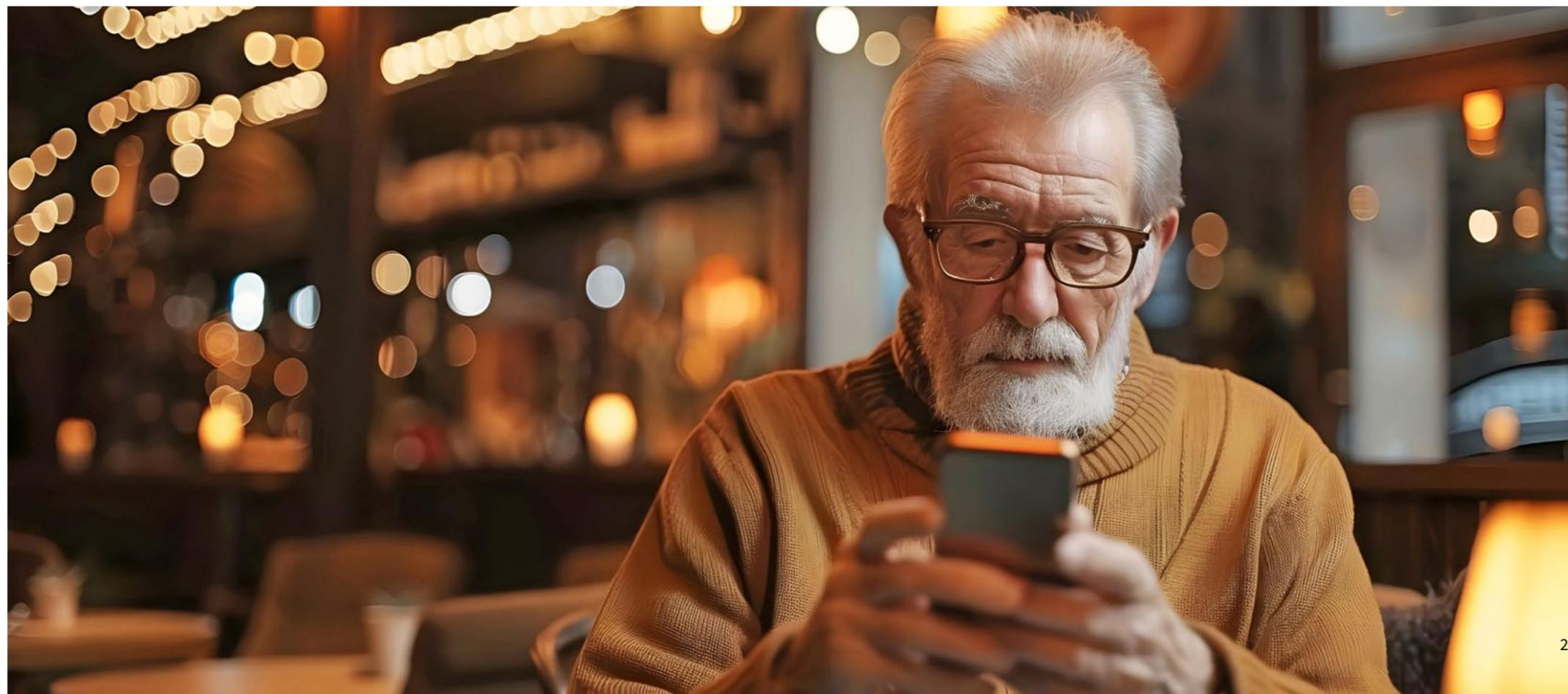
„Gerade in der Geriatrie kann KI – also Machine Learning und Neuronale Netze – dabei helfen, aus bestimmten Mustern diagnostischer Informationen atypische Krankheitsbilder zu erkennen.“

Versorgung die Gesundheit von älteren Menschen zu Hause zu stärken und dadurch die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu reduzieren.

Herzstück des Projekts ist ein digitales Gesundheitstagebuch, in das die wesentlichen Gesundheitsdaten wie Medikationspläne, Allergien, aktuelle Diagnosen, Notfallkontaktdaten

oder Patient:innenverfügungen datenschutzkonform eingetragen werden. Zusätzlich können die älteren Menschen selbst oder ihre Angehörigen jederzeit eigene Gesundheitsdaten hinzufügen. Bahnt sich eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes an, kann das mit Hilfe des digitalen Gesundheitstagebuchs frühzeitig erkannt und schnell kommuniziert werden. Denn alle Akteur:innen des Versorgungs-Netzwerks haben Zugriff auf die gespeicherten Daten.

Tritt ein gesundheitliches Problem außerhalb der Sprechstunden der Hausarztpraxis auf, können die Projekt-Teilnehmer:innen sich bei der KV-Terminservicestelle melden. Dort wird zunächst entschieden, welche Interventionsebene eingeschaltet wird: Reicht eine telefonische ärztliche Beratung oder ist es ein Fall für einen Hausbesuch des ärztlichen Bereitschaftsdienstes beziehungsweise der Pflege? Die Netzwerkpartner können bei der Behandlung der Patient:innen vor Ort zur weiteren Abklärung stets auf eine telemedizinische Anbindung zur Notaufnahme der Charité zurückgreifen. Durch digitale Technologien und Telemedizin ist eine kontinuierliche Überwachung und Betreuung möglich, rund um die Uhr. Für diesen Ansatz wurde das Projekt mit dem „Ideas for Impact“-Preis der Robert Bosch Stiftung ausgezeichnet.



Große Bandbreite an positiven Effekten

„Wir haben eine unglaublich große Bandbreite an positiven Effekten, die erzielt werden können, wenn man technologische Innovationen adäquat und zielgerichtet einsetzt“, sagt Dr. Sandra Strube-Lahmann. Eine höhere Patientensicherheit, bessere Versorgungsqualität, die Vermeidung von Unter-, Fehl- und Überversorgung sowie ein enormer Gewinn in der Prävention – für die Pflegewissenschaftlerinnen liegen die Vorteile der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und in der Versorgung älterer Menschen im Besonderen klar auf der Hand. In gut 20 Projekten untersucht die Forschungsgruppe Geriatrie an der Charité-Universitätsmedizin Berlin die Themen Alter, Gesundheit und Technik. „Stay@Home – Treat@Home“ ist eins davon. Sandra Strube-Lahmann leitet die AG Pflegeforschung, einen Teilbereich der Forschungsgruppe Geriatrie. „Gerade mit Blick auf die eigene Häuslichkeit und auf die ambulante Versorgung älterer Menschen muss die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt werden. Das ist immer noch nicht gut gelungen“, sagt sie. In der akademischen Pflege entstünden momentan neue Rollenprofile wie Advanced Nursing Practise oder Community Health Nurse. Pflegefachpersonen könnten deutlich mehr Kompetenzen erlangen und direkt vor Ort die Betreuung älterer Menschen übernehmen. „Im Zusammenspiel mit digitalen Innovationen wird das dann richtig interessant“, meint Strube-Lahmann.

Denn mit technologischen Innovationen sind auch neue Perspektiven und Kommunikationswege möglich. Beispielsweise könne man mit Wundscannern die Tiefe von Wunden messen und die Informationen per Videotelefonie den ärztlichen Kolleg:innen schnell zur Verfügung stellen. Dafür muss natürlich die Telematikinfrastruktur deutlich ausgebaut und eine telebasierte Versorgung sichergestellt werden. In diesem Spannungsfeld digitale Lösungen und technologische Innovationen weiterzuentwickeln ist für Sandra Strube-Lahmann von großer Bedeutung. Denn: „Viel Versorgung findet in der eigenen Häuslichkeit statt.“ Laut Statistischem Bundesamt sind in Deutschland aktuell fünf Millionen Menschen pflegebedürftig. Davon sind etwa ein Drittel hochbetagt, überwiegend sind es Frauen. Rund vier von fünf Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, meist durch pflegende Angehörige und zusätzliche Unterstützung durch ambulante Pflegedienste. Rund ein Fünftel der pflegebedürftigen Menschen lebt in Pflegeheimen. „Immer mehr Menschen werden älter und pflegebedürftig, gleichzeitig wird weniger Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Deshalb braucht es neue Wege in der Versorgung – um die Teilhabe älterer Menschen zu stärken und bestehende Ressourcen in der Pflege optimal zu nutzen“, erläutert Sandra Strube-Lahmann.

So ähnlich lauteten schon zwei Empfehlungen der Kommission des achten Altersberichts der Bundesregierung, der 2020 unter dem

„*Wissen Patient:innen mit Inkontinenz, dass sie rechtzeitig über den nächsten Toilettengang informiert werden, trinken sie auch mehr – denn die Sorge vor dem Kontrollverlust wird gemindert.*“

Titel „Ältere Menschen und Digitalisierung“ veröffentlicht wurde: „Digitale Technik sollte pflegende Angehörige und professionelle Pflegepersonen unterstützen und entlasten sowie deren Gesundheit erhalten. Digitale Technik sollte hilfe- und pflegebedürftigen Menschen mehr Autonomie und Teilhabe ermöglichen.“ Wie das in der Praxis umgesetzt werden könnte, wird in Berlin erforscht. Sandra Strube-Lahmann ist in der Lage, viele Beispiele aneinanderzureihen, wenn sie von den Vorteilen neuer Technologien erzählt, die ein scheinbar kleines Problem adressieren, aber eine große Wirkung entfalten können – für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen oder professionelle Pflegefachpersonen. Da gibt es unter anderem Tools wie Blasenultraschallsensoren, die bei Inkontinenz eingesetzt werden und über die der Blasenfüllstand gemessen werden kann. Dadurch ist es möglich, rechtzeitig auf die Toilette zu gehen. Das Inkontinenzmaterial bleibt trocken, was präventiv gegen Hautschäden wirkt, die durch zu langen Kontakt mit Urin resultieren können. Ein unerwarteter Nebeneffekt, der durch die Forschung erkannt wurde: Wissen Patient:innen mit Inkontinenz, dass sie rechtzeitig über den nächsten Toilettengang informiert werden, trinken sie auch mehr – denn die Sorge vor dem Kontrollverlust wird gemindert. Auf diese Weise kann einer Dehydration und daraus resultierenden Verwirrheitszuständen von vornherein entgegengewirkt werden. Das ist gerade im hohen Alter wichtig, wenn das Durstgefühl ohnehin nachlässt.

Digitale Kompetenzen verstärkt in der Ausbildung inkludieren

Noch werden digitale Systeme nicht flächendeckend eingesetzt – weder im privaten noch beruflichen Kontext. „In der Gesundheitsversorgung hinken wir in Deutschland in der Digitalisierung noch hinterher. Vor allem verglichen mit anderen Bereichen wie der Industrie oder Landwirtschaft, wo jedes Nutzfahrzeug unzählige Sensoren hat“, erzählt Sandra Strube-Lahmann. Gerade die Pflege gilt als Nachzügler. Um die Digitalisierung und die Nutzung digitaler Tools voranzutreiben, hält sie es für unerlässlich, digitale Kompetenzen verstärkt in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu inkludieren.

Außerdem müssen mehr erfolgreiche Forschungsprojekte in die Regelversorgung überführt werden. Darum geht es im Projekt Cluster Zukunft der Pflege 2.0, das sich seit diesem Juni in der zweiten Förderphase des BMBF befindet und bei dem Sandra Strube-Lahmann ebenfalls beteiligt ist. Das Ziel ist es, technologische Innovationen in der Gesundheitsversorgung zu implementieren. Das Cluster besteht aus einem Pflegeinnovationszentrum in Oldenburg und vier Pflegepraxiszentren in Berlin, Freiburg, Hannover und Nürnberg. Während in der ersten Förderphase die Nutzung innovativer Pflegetechnologien unter kontrollierten Bedingungen erforscht und weiterentwickelt sowie in den Pflegepraxiszentren im pflegerischen Regelbetrieb erprobt wurden, agiert das Cluster in der zweiten Förderphase nun als gemeinsamer Transfer- und Innovationshub, um die Potenziale neuer Pflegetechnologien in die Praxis zu heben. Für Sandra Strube-Lahmann geht das alles schon in die richtige Richtung. Optimistisch urteilt sie: „Jetzt nimmt die Digitalisierung langsam wirklich Fahrt auf“.

Beim Projekt „Stay@Home – Treat@Home“ können noch Berliner Hausärzt:innen teilnehmen. Weitere Informationen unter: www.sth-berlin.org/kontakt



Nutzen Ältere digitale Tools?

Oft wird pauschal angenommen, dass ältere Menschen digitalen Anwendungen generell eher skeptisch gegenüberstehen. Die achte Altersberichts-Kommission betonte in ihrem Bericht, dass ältere Menschen – genauso wie Menschen anderer Altersgruppen – in der Lage sind, Kompetenzen zu entwickeln, die nötig sind, um in der digitalen Welt souverän zu agieren. Auch in der Studie „Hohes Alter in Deutschland (D 80+)“ lautete ein Ergebnis, dass sehr alte Menschen gegenüber moderner Technik nicht grundsätzlich ablehnend eingestellt sind. Zwar vertrete etwa jede dritte Person (eher) negative Einstellungen gegenüber moderner Technik. Ein vergleichbar großer Anteil interessierte sich jedoch durchaus für moderne Technik und sehe Vorteile in ihr. Diese Erfahrung – wenn auch nicht zwangsläufig mit Hochaltrigen – hat Dr. Sandra Strube-Lahmann in ihren Forschungsprojekten ebenso gemacht: „Menschen sind hinsichtlich ihrer eigenen Prävention und Gesunderhaltung zunehmend darauf fokussiert, dafür auch digitale Neuerungen zu nutzen. Sie zeigen großes Interesse für Notfall-Apps oder Sturzsensorik und vermehrt für telebasierte Versorgung – wenn ältere Menschen einen Gewinn in der Nutzung eines Tools sehen, sind sie in der Regel sehr positiv gegenüber diesen Innovationen eingestellt.“

Dennoch: Smart Home-Anwendungen, diese schließen den Hausnotruf mit ein, sowie digitale Anwendungen wie Gesundheits-Apps werden von weniger als zehn Prozent der über 60-Jährigen in Deutschland genutzt, wurde der Forschungsstand im achten Altersbericht zusammengefasst. Es gibt zudem noch wenige Studien darüber, ob und wie ältere Menschen digitale Technologien überhaupt nutzen und welche Vorteile sie in ihrem Alltag daraus ziehen können. Das Urteil der Kommission des achten Altersberichts lautete, dass „die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen dem Megatrend Digitalisierung und dem Leben älterer Menschen in der allgemeinen Debatte über Digitalisierung wie auch in konkreten Strategien zur Gestaltung der Digitalisierung bislang viel zu wenig thematisiert und beachtet“ werden. Das brauche es aber, um die Bedarfe älterer Menschen und ihrer Bezugspersonen überhaupt zu treffen, Nutzer:innen nicht zu überfordern, negative Altersbilder nicht zu verstärken, das Risiko von Datenmissbrauch zu verhindern und ethische Aspekte nicht zu vernachlässigen. Nutzen und

„Wir haben eine unglaublich große Bandbreite an positiven Effekten, die erzielt werden können, wenn man technologische Innovationen adäquat und zielgerichtet einsetzt“, sagt Dr. Sandra Strube-Lahmann.

Akzeptanz von digitalen Gesundheitstechnologien hingen zudem davon ab, ob ältere Nutzer:innen digitale Technologien kompetent bedienen können und in welchem Maße bei ihnen grundlegende Gesundheitskompetenzen vorhanden sind.

„Traditionelle Untersuchungen in der Klinik oder Praxis sind umständlich, kostspielig und bieten nur eine begrenzte kontinuierliche Überwachung, die für die alternde Bevölkerung zunehmend unzureichend ist. Digitale Technologien, insbesondere tragbare Geräte, könnten hier helfen, indem sie eine kontinuierliche Gesundheitsversorgung aus der Ferne ermöglichen, wovon insbesondere ältere Erwachsene profitieren“, erläutert Prof. Dr. Michael Denking. Mit tragbaren Geräten könnten Vitalparameter und biometrische Daten kontinuierlich überwacht werden, was ein rechtzeitiges Eingreifen ermöglichte und geografische Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung verringere. „Die COVID-19-Pandemie hat die Nachfrage nach Telemedizin beschleunigt. Und es wird erwartet, dass die Wearable-Technologie in der künftigen Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle spielen wird“, so Denking. „Diese Geräte können eine Vielzahl von Gesundheitsindikatoren – von der Herzfrequenz bis hin zu chemischen Biomarkern – erfassen und bieten so eine umfassende Überwachung.“ Nicht-tragbare Sensoren in intelligenten Häusern könnten zudem die Altenpflege weiter verbessern, indem sie das Verhalten und den Gesundheitszustand ohne Benutzerinteraktion überwachen.

Trotz der vielen Chancen, die sich durch die Digitalisierung gerade in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen bieten, es bleiben auch große Herausforderungen zu bewältigen. „Die Sicherstellung der Nutzbarkeit dieser Geräte für gebrechliche ältere Menschen, der Datenschutz und die Notwendigkeit einer groß angelegten Validierung der Genauigkeit dieser Geräte“, zählt Denking auf. Im Projekt Daheim Dank Digital werden aktuell digitale Alltagshelfer vom Forschungsteam der Agaplesion Bethesda Klinik Ulm auf ihre Tauglichkeit bei älteren Personen mit Frailty getestet. Können digitale Tools ein selbstständiges Leben unterstützen? „So viel sei verraten: Die meisten taugen (noch) nichts“, meint Michael Denking.

www.daheim-dank-digital.de

Viel Konfliktpotential in der Gesundheitspolitik

Auf der Schwelle zu einem heißen Herbst



Die Finanzierung für das „Gesundes-Herz-Gesetz“ ist noch mehr als problematisch.

Die Wahlen in Ostdeutschland mit der „Watsche“ für die Regierungskoalition haben nach der Einschätzung vieler Beobachter einen Wendepunkt für die Bundespolitik markiert. Die Ausrichtung konkreter Gesundheits- und Pflegepolitik in den Ländern dürfte davon weniger betroffen sein, denn sie ist von jeher an den Anforderungen vor Ort ausgerichtet. Die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung insbesondere in strukturschwachen Gebieten, der Arbeits- und Fachkräftemangel im Gesundheits- und Pflegebereich, die hohen Eigenanteile in der Pflege, die Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen – damit befassen sich unterschiedliche Gesetzesvorhaben auf Bundesebene, die entweder angekündigt sind oder sich im parlamentarischen Verfahren befinden und an denen die Länder ein existentielles Interesse haben.

Daneben gibt es weitere Vorhaben wie das geplante „Gesundes-Herz-Gesetz“ aus dem Bereich der Prävention. Über allem stehen Finanzierungsproblematiken, die offenbar in dieser Legislaturperiode nur punktuell gelöst werden. Reformschwerpunkte wie zuvorderst die Krankenhaus- und Notfallreform, aber auch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz werden von ärztlichen Verbänden insbesondere hinsichtlich der damit verbundenen Lasten oder nicht gelösten Probleme für die ambulante ärztliche Versorgung kritisiert.

Die Krankenhausreform, damit verbunden die Notfallreform und der Rettungsdienst (siehe dazu die Beiträge in dieser Ausgabe des HB-Magazins) sind eine gewaltige Baustelle, die noch im Herbst eine grundlegende Reform erfahren sollen. Ob diese Reformen aber tatsächlich noch in ein Gesetz gegossen werden, ist nach wie vor nicht ausgemacht. Aus Ländern ist schon zu vernehmen, bei einem Scheitern gegebenenfalls nach nordrhein-westfälischem Vorbild zumindest eine eigenständige Krankenhausreform auf den Weg zu bringen.

BMG-Maßgaben in der Kritik

Mit dem geplanten „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG) sollen Maßnahmen zur Verbesserung der Früherkennung, Vorbeugung und

Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen getroffen werden – diese Zielsetzung wird von den ärztlichen Verbänden wie auch den Krankenkassen grundsätzlich sehr positiv bewertet. Die nach wie vor sehr einengenden Maßgaben durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) werden aber stark kritisiert. Im Vorfeld des nun startenden Gesetzgebungsverfahrens konnte zumindest abgewendet werden, dass das BMG par ordre du mufti, also per Rechtsverordnung, konkrete Regelungen bis hin zu Grenzwerten für die Gabe von Statinen trifft – laut dem Gesetzentwurf obliegt nun im Gegensatz zum Referentenentwurf die Ausgestaltung der Früherkennungsuntersuchungen wieder dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Aber die per Gesetz geplanten Vorgaben werden dennoch als zu restriktiv bewertet.

Übermäßige Belastung der Praxen

Insgesamt wird beim GHG die Abkehr von der Primärprävention (z. B. Werbeverbote für ungesunde Lebensmittel, öffentliche Kampagnen für mehr Bewegung) mit dem Schwerpunkt auf der Sekundärprävention von allen Seiten heftig kritisiert. Die neuen Leistungen sollen noch dazu durch Umschichtung der für Prävention schon vorhandenen Gelder der gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Die Ausweitung der Disease Management Program-

me (DMP) auf „Präventions-DMP“ ohne Krankheitsbezug wird als viel zu weitreichend kritisiert, da sie dem Charakter der DMP zuwiderlaufen und noch dazu die ärztlichen Praxen übermäßig belasten würden. Ebenso wird die vorgesehene Erweiterung der pharmazeutischen Dienstleistungen durch Apotheken kritisiert. Diese sollen als quasi arztsetzende Beratung u. a. bestimmte Messungen und dazu gehörende Beratungen zur Einschätzung des individuellen Risikos an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung oder Adipositas zu erkranken, durchführen können oder auch Beratungen zu tabakassoziierten Erkrankungen.

Für ärztliche Belange besonders im Blick zu halten ist das geplante Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, das die Entbudgierung der ambulanten hausärztlichen Leistungen verspricht. Wie aus der sogenannten Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates zu diesem Gesetzentwurf hervorgeht, könnten die dort bislang nicht vorgesehenen Gesundheitsrisiko doch noch im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens Eingang in das Gesetz finden. Auch Regelungen zur Regulierung investorenbetriebener medizinischer Versorgungszentren will die Bundesregierung prüfen.

Anzeige



Düsseldorf, Germany
11–14 November 2024

Member of  MEDICAlliance

Neue
IMPULSE
spüren



und MED TECH & DEVICES erleben.



Messe
Düsseldorf



Es bleibt abzuwarten, welche der geplanten Vorhaben bis zur nächsten Bundestagswahl noch beschlossen werden.

Weitere Initiativen avisiert Lauterbach vor dem Endspurt

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) hat sich noch einige Reformvorhaben vor Ende der Legislaturperiode auf die Fahne geschrieben. Allen voran sind die umstrittene Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) derzeit im parlamentarischen Verfahren. Alleine vier Gesetzesentwürfe wurden zudem im Juli 2024 vom Bundeskabinett beschlossen und gehen nun ins parlamentarische Verfahren. Weitere Initiativen sind avisiert. Die Zeit wird knapp, es bleibt abzuwarten, welche der geplanten Vorhaben in dem knappen Jahr bis zur nächsten Bundestagswahl, für die die Bundesregierung den 28. September 2025 vorgeschlagen hat, noch beschlossen werden.

Regierungsentwürfe zu zwei Gesetzesvorhaben wurden bereits Ende Juni 2024 im Bundestag in Erster Lesung beraten und durchliefen die erste Beratung im Bundesrat am 5. Juli 2024:

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

Ziel der großen Krankenhausreform ist die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung, die Steigerung der Effizienz und eine Entbürokratisierung, wie es in der Vorlage heißt. Sie sieht eine Vielzahl von Maßnahmen vor, darunter das Ersetzen gezielter Prüfungen auffälliger Krankenhausrechnungen durch die Krankenkassen durch Stichproben, die Einführung von Leistungsgruppen, eine Vorhaltevergütung, die Bildung sektorenübergreifender Versorgungseinheiten und die Einrichtung eines Transformationsfonds.

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG)

Mit dem Gesetzentwurf soll die ambulante ärztliche Versorgung gestärkt werden. Ziel sei es, dass Patient:innen leichter Zugang zur

Behandlung bekommen. Hierzu soll die Vergütung in der hausärztlichen Versorgung reformiert und die Budgetierung in diesem Bereich aufgehoben werden. Geplant ist auch eine jahresbezogene Behandlungspauschale für chronisch Erkrankte und eine an bestimmte Kriterien geknüpfte Vorhaltepauschale einzuführen. Im Bereich der Psychotherapie sind neue Inhalte in den Entwurf aufgenommen worden, die vor allem den Zugang zur Versorgung für vulnerable Gruppen verbessern sowie das zweistufige Beantragungsverfahren in der Kurzzeittherapie abschaffen sollen. Weitere Regelungen betreffen die Mitbestimmung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA): Pflege- und Patientenvertreter sollen neue oder mehr Beteiligungsrechte bei Leistungsentscheidungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bekommen. Die erste Lesung im Deutschen Bundestag zum GVSG fand am 28. Juni 2024 statt; im Bundesrat durchlief der Entwurf am 5. Juli 2024 seinen ersten Durchgang.

Viele Regelungen in diesen beiden geplanten Gesetzentwürfen sind gerade hinsichtlich ärztlicher Belange hoch umstritten, wie zuletzt in der Ausgabe 2/2024 des HB-Magazins ausgeführt wurde.

Es gibt große Befürchtungen, eine breitflächige Öffnung für ambulante Leistungen könnte die ärztlichen Praxen in große Bedrängnis bringen. Bei der Krankenhausreform steht die Finanzierungskonstruktion in großer Kritik, da sie nicht zu der versprochenen „Entökonomisierung“ führen würde.

Am 17. Juli 2024 wurden vier Gesetzesentwürfe vom Bundeskabinett beschlossen. Sie werden als Regierungsentwürfe in die parlamentarischen Beratungen gegeben:

Gesetz zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit (BIPAM-Einrichtungsgesetz)

Mit dem Gesetzentwurf sollen Rahmenbedingungen für die Einrichtung eines Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) geschaffen werden. Das neue Bundesinstitut soll die Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und in Teilen des Robert Koch-Instituts (RKI) übernehmen. Es soll unter anderem Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, zu den gesundheitlichen Auswirkungen durch Klima und Umwelt sowie zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen erheben, analysieren und auswerten sowie weitere Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention, einschließlich der Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten entwickeln und deren Umsetzung unterstützen.

Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz – GDAG

Die Nationale Agentur für Digitale Medizin (gematik) soll in eine Digitalagentur Gesundheit ausgebaut werden und neue Kompetenzen erhalten. Kern ihrer Aufgabe ist, die Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege nutzerfreundlich auszugestalten.

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende und weitere Änderungen (Lebendorganspende-Reform)

Neben der Erweiterung des Kreises von Organspender:innen sowie der Organempfänger:innen setzt die Bundesregierung zum Ziel des Entwurfs die rechtlichen Grundlagen und die notwendigen Strukturen zu schaffen, um in Deutschland ein nationales Programm für die Überkreuzlebendnierenspende aufbauen zu können. Ein „Pool“ von immunologisch inkompatiblen Organspendepaaren soll gebildet und um „um nicht gerichtete anonyme Nierenspenden zugunsten einer der Spenderin oder dem Spender nicht bekannten Person ergänzt“ werden. Miteinander kompatible Organspender:innen und Organempfänger:innen sollen aus dem Pool ermittelt werden, umso eine Überkreuzlebendspende zu ermöglichen. Gleichzeitig ist avisiert, „den Spenderschutz über die bestehenden Maßnahmen hinaus maßgeblich zu stärken und eine umfassende und angemessene ärztliche Aufklärung zu gewährleisten“, wird in der Vorlage erklärt.

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG)

Ziel des Gesetzentwurfs ist es, Hilfesuchende im Akut- und Notfall schneller in die passende Behandlung zu vermitteln und Notfalleinrichtungen effizienter zu nutzen. Die drei Versorgungsbereiche in der Notfallversorgung – vertragsärztlicher Notdienst, die Notaufnahmen in den Krankenhäusern und der Rettungsdienst sollen besser vernetzt und miteinander abgestimmt werden. Zentral ist die flächendeckende Etablierung von sogenannten „Akutleitstellen“, in denen Ärzt:innen telefonisch oder per Video beraten, sowie von Integrierten Notfallzentren (INZ) an Krankenhäusern als

sektorenübergreifende Notfallversorgungsstruktur zur ambulanten medizinischen Erstversorgung. In INZ sollen Notdienstpraxen und Notaufnahmen eng zusammenarbeiten und künftig auch mit niedergelassenen Praxen kooperieren. In dieses Gesetz sollen nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums im Rahmen der parlamentarischen Beratungen die Reform der Rettungsdienste einbezogen werden.

Kurz vor der Sommerpause passierte das **Medizinforschungsgesetz (MFG)** endgültig den Bundestag. Hiermit sollen Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen sowie Zulassungsverfahren von Arzneimitteln, Medizinprodukten und forschungsbedingten Strahlenanwendungen beschleunigt und entbürokratisiert werden, so die Zielsetzung des BMG. Das nicht zustimmungspflichtige MFG muss noch im Bundesrat beschlossen werden, von einer Anrufung des Vermittlungsausschusses wird allgemein nicht ausgegangen.

Neben den Regierungsentwürfen sind weitere Vorhaben in der Pipeline des BMG. So stellte das BMG bereits **Referentenentwürfe zu einem Apothekenreform-Gesetz (ApoRG)** und einem **Gesundes-Herz-Gesetz (GHG)** vor. Auch viele Regelungen dieser Gesetzespläne stehen in großer Kritik in die „Staatsmedizin“ zu führen oder auch bisherige Qualitätsstandards zu untergraben. Weitere Initiativen sind in den letzten Monaten von Lauterbach angekündigt worden – unter anderem ein **Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG)**, ein **Patientenrechtegesetz** und ein **Bürokratieentlastungsgesetz**.

Auch eine **Reform der Pflegeversicherung** befindet sich noch auf der Agenda. Lauterbach teilte am 20. August 2024 auf der Plattform „X“ mit, an einem Entwurf zur Pflegereform „intensiv“ zu arbeiten; „im Herbst kommt der Vorschlag“, versicherte er. Zwar waren Ende Mai unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten „neutral und fair“ von einer Arbeitsgruppe der Bundesregierung nebeneinander gestellt worden, für eine Empfehlung aller Beteiligten seien die Ansichten der Koalitionspartner jedoch zu unterschiedlich. Zwar will Bundeskanzler Olaf Scholz die Pflegereform nach eigenen Worten rasch angehen, und hofft auf eine möglichst breite, vielleicht sogar parteiübergreifende Unterstützung. Ziel der Pflegereform soll vor allen Dingen sein, die Menschen von der steigenden Eigenbeteiligung zu entlasten. Die Reform werde „aber schwierig sein“.

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

Gesundheitsministerin von der Decken bezieht Stellung Plädoyer für eine inhaltlich korrekte und verfassungskonform ausgestaltete Krankenhausreform



Über alle Parteigrenzen hinweg sind sich die 16 Bundesländer in der Forderung nach Änderung wesentlicher Regelungen des Entwurfs eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) (Bundestagsdrucksache 20/11845) einig.

Am 27. Juni wurde der Gesetzentwurf in erster Lesung im Deutschen Bundestag behandelt, nur eine Woche später, am 5. Juli im Bundesrat im sogenannten ersten Durchgang. Entgegen der ursprünglichen Zusage des Bundesgesundheitsministers ist der Gesetzentwurf als „nicht zustimmungspflichtig“ deklariert worden, wie die Ministerin für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Prof. Dr. Kerstin von der Decken, in einem diesbezüglichen Statement für das Hartmannbund-Magazin erläutert. Die damit verbundenen Implikationen einer möglichen Klage von Ländern oder auch der Anrufung des Vermittlungsausschusses erörtert die Ministerin, die zugleich bis Ende dieses Jahres Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) ist, in ihrer Stellungnahme:

Prof. Dr. Kerstin von der Decken:

„Deutschland braucht eine Krankenhausreform. Das bedeutet: Wir brauchen eine Reform der Krankenhausfinanzierung (Bundeszuständigkeit) auf der einen Seite und eine Reform der Krankenhausstrukturen (Länderzuständigkeit) auf der anderen Seite. Nur mit einer solchen Doppel-Reform wird es möglich sein, die Krankenhauslandschaft angesichts der vielen strukturellen Herausforderungen im Gesundheitswesen nachhaltig weiterzuentwickeln und die Krankenhausversorgung auf sichere Beine zu stellen. Darüber besteht zwischen allen Beteiligten Einigkeit.“

Im Zusammenhang mit der Krankenhausreform stoßen jedoch sowohl das Verfahren als auch der aktuelle Gesetzesentwurf des Bundes auf massiven Widerstand der Länder, auch weil der Bund die kompetenzielle Ordnung zwischen Bund und Ländern missachtet.

So hat das Bundesgesundheitsministerium keinen gemeinsam erarbeiteten Gesetzesentwurf in das parlamentarische Verfahren eingebracht, obwohl genau dies vereinbart und in der Sache auch rechtlich geboten war. Denn es sind die Länder, die laut Grundgesetz für die Krankenhausplanung und die Investitionskosten zuständig sind. Das hat gute Gründe: Die Strukturen in den Ländern sind unterschiedlich. Deshalb hätte der Bund auf der Basis gemeinsam erarbeiteter Eckpunkte einen zustim-

Informationen zu einem Vermittlungsverfahren zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Die Anrufung des Vermittlungsausschusses durch alle oder eine große Anzahl der Länder könnte im Falle des KHVVG Erfolg zeigen, auch wenn das Gesetz als „Einspruchsgesetz“ nicht zustimmungspflichtig ist. Nachfolgend werden einige für dieses Gesetzgebungsverfahren möglicherweise relevante Informationen zum Vermittlungsverfahren eines Einspruchsgesetzes ausgeführt: Der Vermittlungsausschuss (Ausschuss nach Art. 77 Abs. 2 Grundgesetz) ist ein gemeinsames Gremium des Deutschen Bundestages und des Bundesrates. Der Ausschuss besteht aus jeweils 16 Mitgliedern des Bundestages und des Bundesrates. Die vom Bundestag entsandten Mitglieder werden vom Parlament nach Fraktionsproporz (Stärke der Fraktionen für die Dauer einer Legislaturperiode) gewählt. Der Vermittlungsausschuss fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit – es muss also mehrheitlich mehr Ja- als Nein-Stimmen geben, Enthaltungen bleiben unberücksichtigt. Bei gleicher Anzahl von „Ja“- und „Nein“-Stimmen ist ein zur Abstimmung gestellter Antrag im Vermittlungsausschuss abgelehnt.

Mit der Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat kann eine Änderung oder Ergänzung des Gesetzes verlangt werden. Seine Anrufung kann auf einzelne Vorschriften des Gesetzes begrenzt werden. Die übrigen Regelungen des Gesetzes muss der Ausschuss dann als endgültig hinnehmen. Zulässig ist aber auch ein Antrag auf grundlegende Überarbeitung des Gesetzes oder sogar auf dessen Aufhebung.

Empfiehlt der Vermittlungsausschuss, das vom Bundestag beschlossene Gesetz zu ändern, so muss dieser Vermittlungsvorschlag zunächst im Bundestag mehrheitlich angenommen werden. Danach wird der geänderte Gesetzesbeschluss dem Bundesrat zur Beratung zugeleitet. Lehnt der Bundestag diesen Vorschlag hingegen ab, hat sich der Bundesrat mit dem ursprünglichen unveränderten Gesetzesbeschluss des Bundestages erneut zu befassen. Empfiehlt der Vermittlungsausschuss, das Gesetz zu bestätigen oder ist das Verfahren ohne Einigung abgeschlossen worden, muss sich zunächst nur noch der Bundesrat mit dem Gesetz befassen, da der ursprüngliche Gesetzesbeschluss des Bundestages nicht geändert wurde.

Legt der Bundesrat Einspruch gegen das Gesetz ein, muss dieses vom Bundestag mit der erforderlichen Mehrheit quasi spiegelbildlich zurückgewiesen werden. Eine einfache Mehrheit im Bundesrat erfordert nur eine mehrheitliche Zurückweisung des Einspruchs durch die Mitglieder des Bundestag. Eine Zweidrittelmehrheit der abgegebenen Stimmen (ohne Stimmenthaltungen) im Bundestag ist aber erforderlich, um einen Einspruch des Bundesrats zurückzuweisen, die dieser gegen den Gesetzesbeschluss des Bundestages mit zwei Dritteln seiner Mitglieder eingelegt hat.

Sollten die Länder also weiterhin Geschlossenheit zeigen, dürfte die Bundesregierung großes Interesse an einer gütlichen Einigung haben, um das Gesetzgebungsvorhaben nicht in Gänze scheitern zu lassen.

mungsbedürftigen Gesetzesentwurf vorlegen müssen. Stattdessen liegt nun ein als Einspruchsgesetz deklarierter Gesetzesentwurf vor.

Dieser ist inhaltlich unzureichend, handwerklich schlecht gemacht, überstürzt und in dieser Form auch verfassungswidrig. Insbesondere möchte der Bund derart weitgehende Strukturvorgaben machen, dass das verfassungsrechtliche Primat der Krankenhausplanung der Länder massiv eingeschränkt werden würde. Zudem würde das Gesetz in dieser Form zur Zerschlagung bestehender, passgenauer Strukturen vor allem in ländlichen Räumen und damit zu Versorgungslücken führen. Die Länder müssen Kraft Verfassungsrecht eigenständige und erhebliche Gestaltungsspielräume sowohl legislativer als auch administrativer Art für die Krankenhausplanung behalten, damit bedarfsnotwendige Kliniken etwa durch dauerhafte Kooperationsmöglichkeiten und Netzwerke erhalten bleiben können.

Diese und weitere inhaltlich begründete Forderungen haben die Länder gegenüber dem Bund immer wieder vorgetragen. Auch auf die Notwendigkeit einer verfassungskonformen Reform haben die Länder frühzeitig hingewiesen. So hat Schleswig-Holstein gemeinsam mit Bayern und Nordrhein-Westfalen bereits im April 2023 ein Rechtsgutachten vorgelegt, in dem die Vorschläge der Regierungskommission für eine Reform der Krankenhausvergütung der Bundesregierung auf ihre Verfassungsmäßigkeit geprüft worden sind. Bereits damals kam das Gutachten zu dem Ergebnis, dass die Vorschläge des Bundes massiv in die Planungshoheit der Länder eingreifen und das Reformkonzept deshalb zu korrigieren sei. Ein in Auftrag gegebenes Ergänzungsgutachten zum Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes kam eben-

falls zu dem Ergebnis, dass dieser erheblich in die Krankenhausplanungshoheit der Länder eingreift und die Verabschiedung des Gesetzes ohne Zustimmung des Bundesrates das Risiko einer formellen Verfassungswidrigkeit birgt.

Trotzdem hat der Bund die Änderungsforderungen der Länder unberücksichtigt gelassen und einen als nicht zustimmungsbedürftig deklarierten Gesetzesentwurf vorgelegt. Der Referentenentwurf wurde ohne Berücksichtigung der Länderforderungen im Bundeskabinett angenommen und ist in dieser Form in das parlamentarische Verfahren eingebracht worden.

Die Länder setzen sich nun weiterhin dafür ein, dass eine inhaltlich korrekte und verfassungskonform ausgestaltete Reform auf den Weg gebracht wird. Deshalb haben die Länder im Bundesrat eine zwischen ihnen allen geeinte umfangreiche Stellungnahme in das Verfahren eingebracht, welche die Kernforderungen der Länder zusammenfasst und inhaltlich vertieft. Die Länder machen sich derzeit gegenüber den Bundestagsfraktionen dafür stark, dass diese ihre Forderungen aufgreifen und den Gesetzesentwurf über Änderungsanträge grundlegend ändern.

„Der Gesetzesbeschluss des Bundestages nach der dritten Lesung wird zeigen, ob die Forderungen der Länder adäquat aufgegriffen worden sind. Nach der Prüfung des Beschlusses werden wir eine Entscheidung darüber treffen, ob der Vermittlungsausschuss angerufen wird.“

Wir arbeiten somit zunächst weiter daran, dass sich Bund und Länder auf einen Gesetzesentwurf einigen, mit dem beide einverstanden sind. Das Ergebnis des parlamentarischen Verfahrens in Bundestag und Bundesrat gilt es also abzuwarten, bevor über die Frage einer möglichen Klage entschieden werden kann.“

Anzeige



DIABETES HERBSTTAGUNG
2024 DDG

22. – 23. NOV. 2024

DIABETES HERBSTTAGUNG

- DIGITALISIERUNG + DIABETESTECHNOLOGIE
- SCHULUNG + BERATUNG
- WISSENSCHAFT + FORSCHUNG
- UNSER KOMPLEXES VERSORGUNGSSYSTEM
- ALLTAG MIT DIABETES

HANNOVER CONGRESS CENTRUM

DER MENSCH IM MITTELPUNKT

ALLE VORTRÄGE SECHS MONATE ON-DEMAND



HERBSTTAGUNG-DDG.DE

Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes

Entlastung der Notaufnahmen oder Aufbau überflüssiger Doppelstrukturen?

Seit Jahren kämpfen die Strukturen der Akut- und Notfallversorgung mit wachsenden Herausforderungen einer zunehmenden Inanspruchnahme, begrenzter personeller Ressourcen und einer unzureichenden Finanzierung. Durch eine Reform der Notfallversorgung will die Bundesregierung Hilfesuchende im Akut- und Notfall schneller in die passende Behandlung vermitteln und Notfalleinrichtungen sollen effizienter genutzt werden.

Hierzu wurde ein Gesetzentwurf am 17. Juli 2024 im Bundeskabinett beschlossen und steht nun vor dem parlamentarischen Verfahren im Deutschen Bundestag. Doch die Ärzteschaft befürchtet die Schaffung unnötiger Doppelstrukturen und weist darauf hin, dass ausreichende ambulante und stationäre Kapazitäten sowie eine angemessene Finanzierung essenziell für den Erfolg der Reform sind. Änderungen im Gesetzentwurf halten auch die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) für notwendig. Sie deuten insbesondere auf enorme personelle und finanzielle Aufwände angesichts einer Regelung zu vorgesehenen Kooperationsvereinbarungen hin und fordern hier einen Abbau der Bürokratie. Zudem wird sowohl von der Ärzteschaft als auch den Krankenkassen die fehlende direkte Einbindung der Reform des Rettungsdienstes in den Gesetzentwurf moniert. Ein Rechtsgutachten des ehemaligen Bundesverfassungsrichters Prof. Dr. Udo Di Fabio weist auf gravierende Mängel im

deutschen Rettungswesen hin, die zu einer „Systemkrise“ geführt hätten.

Die Fallzahlen steigen

„Notfallambulanzen sind zum Teil überfüllt, zum Teil mit 30 Prozent Patienten, die dort eigentlich gar nicht hingehören. Oft haben wir auch nicht das optimal qualifizierte Personal in den Notfalleinrichtungen und die Verzahnung zwischen Praxen und Krankenhaus funktioniert nicht“, beschreibt Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) am Tag des Kabinettsbeschlusses Beweggründe für die aus seiner Sicht „dringend notwendige überfällige Notfallreform“. Auch im Gutachten Di Fabios im Auftrag der Björn Steiger Stiftung werden auf stark gestiegene Fallzahlen in der Notfallversorgung und eine zunehmende Inanspruchnahme des Rettungswesens für „einfache Erkrankungen“ aufmerksam gemacht.

Das Gutachten wurde von Di Fabio einen Tag nach dem Kabinettsbeschluss gemeinsam mit dem gesundheitspolitischen Sprecher der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Dr. Janosch Dahmen MdB, und der Björn Steiger Stiftung vorgestellt. Es sei laut Di Fabio „nicht zu bestreiten“, dass in Deutschland eine erhebliche Heterogenität und Ungleichgewichtslage im Rettungswesen herrsche und die Infrastrukturen nicht hinreichend seien.

Notfallnummern sollen vernetzt werden

Teil der Reform soll auch eine digitale Vernetzung der Rufnummern 112 des Rettungsdienstes und 116117 des Patientenservice der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sein, „sodass Patientendaten medienbruchfrei übermittelt werden können“, erläutert das Bundesgesundheitsministerium (BMG). Die beiden Rufnummern sollen künftig verbindlich zusammenarbeiten.

Ein Einblick in die Historie, um die gesundheitspolitische Relevanz der Björn Steiger Stiftung einzuordnen: Den einheitlichen, bundesweiten Notruf gibt es erst nach dem Einsatz der Björn Steiger Stiftung seit 1973. Zuvor war die 112 nur in wenigen Großstädten verfügbar. Auslöser für die Gründung der Stiftung war die Verwicklung von Björn Steiger in einen Autounfall am 3. Mai 1969. Hilfe sei erst eine Stunde später vor Ort gewesen, berichtet die Stiftung, obwohl Passanten sofort Polizei und Rotes Kreuz verständigt hatten. Steiger starb in Folge eines Schocks. Mit der Stiftung setzten sich dessen Eltern, Ute und Siegfried Steiger, für die Einführung der bundeseinheitlichen Notrufnummer ein. Da alle Bemühungen zunächst erfolglos bleiben, klagte Siegfried Steiger im August 1973 gegen die Bundesrepublik und exemplarisch gegen das Land Baden-Württemberg auf „vorsätzliche unterlassene Hilfeleistung“ vor dem Verwaltungsgericht mit dem Ziel, eine bundesweite mediale Öffentlichkeit

zu erreichen. Dadurch wurde der Druck auf die politischen Entscheidungsträger so groß, dass die Ministerpräsidentenkonferenz am 20. September 1973 im Beisein des damaligen Bundeskanzlers Willy Brandt (SPD) schließlich die bundesweite Einführung der Notrufnummern 110/112 beschloss. Mittlerweile ist die 112 weltweit in allen Mobilfunknetzen anwählbar und die Stiftung macht sich weiter für die Verbesserung der Notfallversorgung stark.

Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags

Seit April 2012 können die Menschen in Deutschland außerdem die Nummer 116117 wählen, wenn sie nicht lebensbedrohlich erkrankt sind, aber mit ihren Beschwerden auch nicht bis zur nächsten Sprechstunde warten können. Die 116117 verbindet Anrufende mit dem Patientenservice, der bei Bedarf an den ärztlichen Bereitschaftsdienst weiterleitet. Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist für Patientinnen und Patienten da, die außerhalb der regulären Sprechzeiten dringend ärztliche Hilfe brauchen. Mit der Reform sollen künftig akute Fälle nicht mehr von den Terminservicestellen vermittelt werden, sondern, ebenfalls unter der Rufnummer 116117, von sogenannten „Akutleitstellen“, in denen Ärzt:innen telefonisch oder per Video beraten. Diese Leitstellen sollen die Behandlungsdringlichkeit der Beschwerden anhand eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens beurteilen und Hilfesuchende in die passende Behandlung vermitteln. Während der Sprechstundenzeiten sollen Hilfesuchende vorrangig in die vertragsärztlichen Praxen gesteuert werden. Ein durchgängig bereitzustellender aufsuchender Dienst soll insbesondere die Versorgung immobiler Patientinnen und Patienten gewährleisten und auf die besonderen Belange von pflegebedürftigen Menschen eingehen. Dafür soll der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) konkretisiert werden.

Parität zwischen GKV und KVen angestrebt

Neben den Akutleitstellen sind Integrierte Notfallzentren (INZ) an Krankenhäusern Kernstück des Gesetzentwurfs der Bundesregierung. In INZ sollen Notdienstpraxen und Notaufnahmen eng zusammenarbeiten und künftig auch mit niedergelassenen Praxen kooperieren. Sie sollen fortan rund um die Uhr eine zentrale Anlaufstelle für die medizinische Erstversorgung sein. Notdienstpraxen in INZ müssen gesetzlich festgelegte Mindestöffnungszeiten einhalten. Zusätzlich sollen zu den vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten – wenn die Notdienstpraxis nicht geöffnet hat – in der Nähe liegende niedergelassene Praxen angebunden werden, die als „Kooperationspraxen“ Patient:innen ambulant behandeln. Sollten weder Notdienstpraxis noch Kooperationspraxis geöffnet haben (insbesondere nachts), erfolgt die Akut- und Notfallversorgung durch die Notaufnahme des Krankenhauses. Die gemeinsame Ersteinschätzungsstelle soll Hilfesuchende auf Basis eines standardisierten Verfahrens in die passende Versorgung steuern (Notdienstpraxis oder Notaufnahme des Krankenhauses).

Zur Finanzierung der Strukturen des Notdienstes ist eine paritätische verbindliche Verteilung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und GKV vorgesehen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sollen sich in Höhe von sieben Prozent des von der GKV bereitgestellten Betrags beteiligen. Über die Höhe des Fördervolumens ist „Einvernehmen“ mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. herzustellen, also dessen Zustimmung erforderlich.

Enge Handlungsspielräume angesichts des Ärztemangels

Die Ärzteschaft konstatiert noch Mängel am Entwurf zur Notfallreform. Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes,

Eine digitale Vernetzung der Rufnummern 112 des Rettungsdienstes und 116117 des Patientenservice der KBV ist geplant.

NOTRUF
112



äußerte bereits scharfe Kritik am Referentenentwurf des Notfallgesetzes aus dem BMG. Den KVen an sieben Tagen in der Woche für 24 Stunden sowohl eine telemedizinische als auch eine aufsuchende notdienstliche Versorgung ins Pflichtenheft zu schreiben oder etwa die Beteiligung der Niedergelassenen an sogenannten Kooperationspraxen in den Raum zu stellen, sei „definitiv keine Einladung zur Niederlassung“, bemängelte Reinhardt. Zudem konterkariere dieses Vorhaben die Bemühungen, das Gesundheitssystem effizienter zu machen, indem es in Klinik und Niederlassung überflüssige Doppelstrukturen schaffe und dabei ausbleibe, dass der bestehende Ärztemangel immer weniger Handlungsspielräume lasse. Stattdessen fordert Reinhardt eine intelligente Patientensteuerung, um auch bei begrenzten Ressourcen in Notfällen die zum jeweiligen Zeitpunkt bestmögliche medizinische Versorgung zu gewährleisten. Er hofft, dass während des parlamentarischen Verfahrens im Bundestag noch entsprechende Kurskorrekturen am Gesetz vorgenommen werden.

Die Bundesärztekammer (BÄK) wies ebenfalls auf Herausforderungen bei der Besetzung des Bereitschaftsdienstes hin. Eine Ausweitung der Sicherstellung in dem im Entwurf beschriebenen Ausmaß werde personell kaum möglich sein, mahnte sie. Vielmehr seien schon für die personelle Sicherung der Notfallversorgung ohne Ausweitung des Sicherstellungsauftrags zusätzliche Anstrengungen erforderlich. Die BÄK sieht zusätzlichen Regelungsbedarf: Unbedingt erforderlich seien u. a. zusätzliche Anstrengungen, wie intelligente arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Regelungen und Anreize für Ärzt:innen, die im Ruhestandsalter weiterhin ärztlich tätig sein möchten.

Für „nicht zielführend und auch nicht umsetzbar“ befand die BÄK das Vorhaben, telemedizinische Angebote „unabhängig vom tatsächlichen Bedarf“ rund um die Uhr und damit auch während der regulären Öffnungszeiten der Arztpraxen vorzuhalten. Dies gelte in gleicher Weise für die vorgesehene Etablierung eines aufsuchenden Dienstes auch während der Praxisöffnungszeiten. Mit Blick auf die geforderten Erreichbarkeitskriterien für die gemeinsamen Leitstellen bleibe es kritisch zu hinterfragen, warum 50 Prozent der notwendigen Finanzierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und damit durch die Vertragsärzt:innen zu tragen seien.

Vermeidung von redundanten Strukturen

Neues ärztliches Personal werde durch die Erstellung eines „gemeinsamen Konzepts“ mit den KVen bereitgestellt, erklärte Lauterbach auf einer Pressekonferenz nach dem Kabinettsbeschluss. Die Notfallversorgung soll konzentriert und redundante Strukturen vermieden werden, um Personal effizienter einzusetzen. Zudem sollen finanzielle Anreize genutzt werden. Lauterbach zufolge ist die Facharztliche Dichte in Deutschland höher als in Ländern mit überlegener Notfallversorgung, weshalb Fachärzte aus anderen Bereichen in die Notfallversorgung eingebunden werden sollen.

Große Bedeutung schreibt die BÄK zudem der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gerade im Zusammenhang mit der Notfallversorgung zu. Viele Menschen suchten, oftmals aus Unwissenheit, nicht-bedarfsgerechte Strukturen auf. Solange hier keine intensive Aufklärungsarbeit geleistet werde und solange Gesundheitskompetenz nicht von Kindheit an und in den Lebenswelten der Menschen gestärkt werde, sei davon auszugehen, dass gut gemeinte Versorgungspfade von der Bevölkerung nicht angenommen würden.

Dem GKV-Spitzenverband zufolge müssten weiterhin zentrale Strukturvorgaben für die Standortauswahl und Ausstattung von INZ sowie die Durchführung von Ersteinschätzungsverfahren sowie für

die personelle und apparative Ausstattung von KV-Notdienstpraxen auf der Bundesebene festgelegt werden. Diese Aufgabe sollte dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen werden, der dafür über „die Fachkompetenz und Erfahrung“ verfüge. Zudem kritisiert der Verband den hohen bürokratischen Aufwand des aktuellen Entwurfs, der „mehrere hundert“ Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern, Kassenärztlichen Vereinigungen vorsehe. Hinzu käme eine ähnlich hohe Anzahl an Kooperationsverträgen mit Rettungsdiensten sowie die Einrichtung gemeinsamer Organisationsgremien. Dies führe zu unnötigen personellen und finanziellen Aufwänden und trage zu einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft bei, „nicht aber zu einer sinnvollen strukturierten Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen“.

Stärkere Einbindung des Rettungsdienstes

Die BÄK und der GKV-Spitzenverband heben zudem die Notwendigkeit hervor, den Rettungsdienst stärker in die Reform einzu beziehen. Das BMG kündigte bereits an, aktuell die Inhalte für eine Reform des Rettungsdienstes zu erarbeiten, die laut BMG noch im parlamentarischen Verfahren Teil der Notfallreform werden soll. Wesentlicher Baustein für eine Reform des Rettungsdienstes soll die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbe reich in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch sein. Außerdem soll der Rettungsdienst mit den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung unter Nutzung der Telematikinfrastruktur digital vernetzt werden. Ein weiteres Ziel seien laut BMG bundesweit gleichwertige Mindeststandards im Rettungsdienst. Hierfür sollen Prozesse etabliert werden, welche die Entwicklung von bundesweit einheitlichen Rahmenvorgaben für die Leistungserbringung der Rettungsdienste unter Einbeziehung aller Akteure und der Länder sicherstellen.

Als wesentlicher Grund für die bestehenden Defizite im Rettungsdienst gilt laut Di Fabio die Aufsplitterung der Zuständigkeit zwischen Bund und Ländern. Zwar verfüge der Bund über die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz, für die Notfallrettung Qualitätsmaßstäbe vorzugeben. „Die bisherige Ausgestaltung der Notfallrettung durch die Länder mit der indirekten Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) erreicht aber allerorts und flächendeckend nicht das pflichtgebundene Ziel eines effektiven und gleichberechtigten Schutzes von Leben und Gesundheit der Bürger“, heißt es in dem Gutachten. Di Fabio verwies auf eine Steuerungsverantwortung des Bundes, die er – „auch wegen des Widerstands der Länder“ – nicht richtig wahrzunehmen bereit sei. Aus seiner Entscheidung, die grundrechtliche Schutzpflicht auch durch eine hauptsächlich über GKV-Beiträge finanzierte Notfallrettung zu erfüllen, habe der Bund eine Garantienstellung für die Infrastruktur und die Qualität der Notfallrettung übernommen. Di Fabio hob hervor, dass es nicht darum gehe, Bund und Länder gegeneinander auszuspielen, sondern sie in eine Kooperations-Verantwortung zu bringen. „Wenn Menschen sterben, weil das System nicht leistungsfähig ist, dann stimmt hier etwas nicht. Hier geht es um Menschenleben, das Ansehen der Demokratie und die Erhaltung einer tragenden Infrastruktur“, betonte er.

Der gesundheitspolitische Sprecher der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen, Dr. Janosch Dahmen MdB, der bei der Vorstellung des Gutachtens Di Fabios ebenfalls vor Ort war, betonte, es sei ihm ein großes Anliegen, jetzt dafür zu sorgen, „dass im parlamentarischen Verfahren gerade die im Gutachten adressierten Aspekte des Rettungsdienstes und der Leitstellen in diesem Gesetzentwurf noch integriert werden, zum Teil des Gesetzentwurfs werden, damit wir zu einer besseren Notfallversorgung in Deutschland kommen“.

Assistenzärzt:innen-Umfrage 2024

„Wir brauchen Veränderungen – jetzt!“

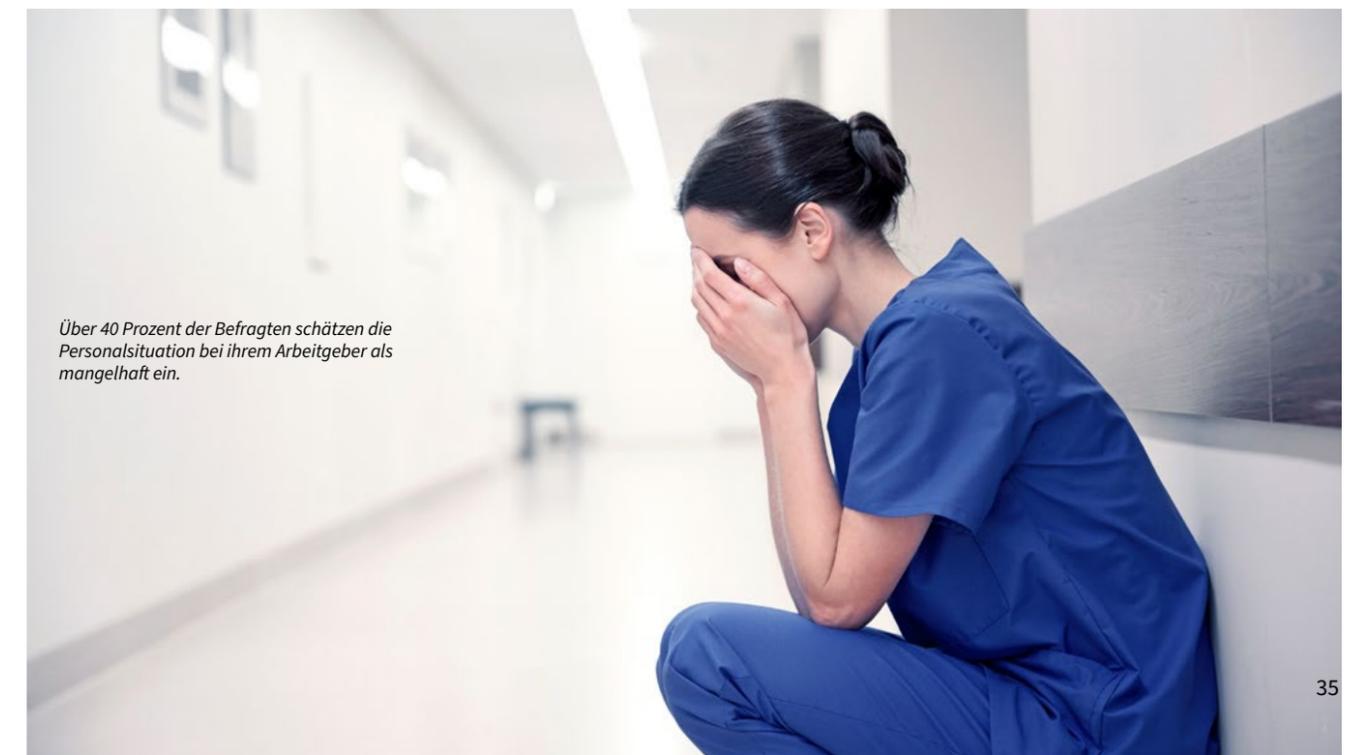
„Pünktliche Feierabende sind seltener als Einhörner“, kommentiert ein frustrierter Teilnehmer unserer aktuellen Umfrage seine aktuelle berufliche Situation. Die Arbeitsbelastung für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung ist ohne Zweifel weiterhin problematisch. Und dies gilt vor allem auch für den Umgang mit ärztlicher Arbeitszeit. Wo weitere Probleme im Detail liegen, machen die Ergebnisse nur allzu deutlich. Rund 500 junge Ärzt:innen haben sich in den letzten Wochen an unserer Umfrage beteiligt.

Etwa 70 Prozent der Befragten gaben an, die gesetzlich vorgeschriebenen Pausenzeiten nicht einhalten zu können. Trotz entsprechender EU-Gesetzgebung ist die Dokumentation von Überstunden für über 40 Prozent der angestellten jungen Ärztinnen und Ärzte nicht oder nur eingeschränkt möglich. Die Gründe dafür sind offensichtlich weitestgehend einheitlich: Entweder verhindern die digitalen Systeme oder die Chefetage die Dokumentation. „Wer Überstunden macht, ist nicht auf Facharztniveau und bekommt kein Zeugnis vom Chef“. Beispiele wie dieses finden sich immer wieder in den Freitextantworten der Umfrage-Teilnehmer. „Das zeigt, dass wir endlich den schon lange überfälligen Kulturwandel im Krankenhaus brauchen. Die bestehenden Personalprobleme in der Patientenversorgung können wir nicht langfristig durch unbezahlte Überstunden ausgleichen, sondern nur durch ein effizienteres System, eine optimierte Arbeitsweise und – mehr Personal“, ist für Dr. med. univ. Caroline Rinkel, Sprecherin des Assistenzärzt:innenausschusses des Hartmannbundes klar.

Tatsächlich bezeichnen über 40 Prozent der Befragten die Personalsituation bei ihrem Arbeitgeber als mangelhaft. Immerhin mehr als jedem zehnten Weiterzubildenden fehlt eine Ansprechperson für fachliche Fragen, sodass es nicht verwundert, wenn 36 Prozent der Betroffenen bereits über einen Berufswechsel nachgedacht haben. Neben dem Personalmangel wird dieser Gedankengang überwiegend mit einer hohen Dienstbelastung und wenig Freizeit, wenig Zeit für die ärztliche Weiterbildung und mangelnder Wertschätzung begründet.

Trotz der angespannten Personalsituation scheinen die meisten Arbeitgeber noch keine Notwendigkeit für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu sehen. Etwa 86 Prozent der Befragten haben keine Möglichkeit remote zu arbeiten, in Prozessoptimierungen werden nur 17 Prozent eingebunden und nur bei 24 Prozent der Befragten gibt es Angebote zur Stressreduktion oder Prävention, die dann jedoch aus Zeitgründen oftmals von den ärztlichen Angestellten nicht wahrgenommen werden können.

Auch im Bereich Digitalisierung geht es nur schleppend voran. Doppeldokumentationen gehören für 70 Prozent immer noch zum Arbeitsalltag. Ein Diensthandy steht nur etwa der Hälfte der Umfrageteilnehmenden zur Verfügung, ein Tablet sogar nur zehn Prozent. Für über 90 Prozent gehören Probleme mit der IT-Infrastruktur zum ganz normalen Arbeitsalltag. Für Jan Baumann, ebenfalls Sprecher des Ausschusses, ist klar: „Die Arbeitgeber und die technische Ausstattung vieler Kliniken sind irgendwo im vergangenen Jahrzehnt stehen geblieben. Die Bedingungen entsprechen nicht mehr unserer Zeit. Es braucht funktionierende Arbeitszeitmodelle, New Work-Ansätze, Homeofficemöglichkeiten und eine riesige Veränderung in Sachen Digitalisierung, damit junge Ärztinnen und Ärzte auch nach Erreichung des Facharztes gerne in den Kliniken weiterarbeiten. Zurzeit kann sich das nur etwa ein Viertel vorstellen. Damit werden wir die Versorgung unserer Patient:innen nicht bewältigen können – nicht zuletzt mit Blick auf eine immer älter werdende Gesellschaft. Wir brauchen Veränderungen – jetzt.“ Alle Umfrage-Ergebnisse finden Sie auf hartmannbund.de!



Über 40 Prozent der Befragten schätzen die Personalsituation bei ihrem Arbeitgeber als mangelhaft ein.

Einblicke in ein softwaregestütztes strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren

Welcher Versorgungspfad „passt“ im Akutfall?

Im Falle einer akuten Erkrankung oder Verletzung ist es für Betroffene wichtig, zur richtigen Zeit in die adäquate Versorgungsebene geleitet werden. Hierfür bedarf es eines medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens. Die Implementierung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens ist auch als Baustein der vom Bundesgesundheitsministerium geplanten Reform der Notfallversorgung zur Patientensteuerung vorgesehen.



Mittlerweile stehen unterschiedlich Softwares zur Verfügung, die bei einer Ersteinschätzung unterstützen können. In Deutschland kommt unter anderem für das „Patienten-Navi“ der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) das Verfahren der „strukturierten medizinischen Ersteinschätzung in Deutschland (SmED)“ zum Einsatz, das vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) bereitgestellt wird. Im Rahmen von Studien wird die Verwendung von SmED in weiteren Bereichen erprobt. Doch wie funktioniert SmED genau, was steckt dahinter, wie sicher ist die Software und welche Erfahrungen wurden damit bereits gemacht?

„Die Evidenz, wie eine bessere Steuerung in der Versorgung möglich ist, wird derzeit durch zahlreiche Projekte und Studien im Rettungsdienst, bei Rettungsleitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie in Notaufnahmen laufend verbessert“, betonte Zi-Vorstandsvorsitzender Dr. Dominik von Stillfried auf der 1. SmED User-Conference im Mai 2023. Viele Menschen nutzten laut Zi Notaufnahmen und Rettungsdienste für nicht dringliche Anliegen, „was teuer ist und die Ressourcen belastet“. SmED soll dabei helfen, weniger dringliche Fälle von Notaufnahmen fernzuhalten, um die Kapazitäten zu schonen. Laut von Stillfried soll die

Software als einheitliche Sprache aller Beteiligten etabliert werden, wenn es um die Frage geht, ob eine Patientensteuerung in die vertragsärztliche Versorgung zu empfehlen ist.

Wissenschaftlicher Beirat unterstützt Weiterentwicklung

SmED ist eine Medizinprodukt-Software, die auf dem seit Jahren in der Schweiz etablierten evidenzbasierten Swiss Medical Assessment System (SMASS) basiert. SMASS wird insbesondere in der telemedizinischen Betreuung von akuten Behandlungsanliegen der Krankenversicherten eingesetzt. Für Deutschland arbeitet das Zi seit 2018 mit den Entwicklern von SMASS an Modifikationen und Ergänzungen, damit die Software nach Aussage des Zi „optimal“ im deutschen Kontext eingesetzt werden kann. Dafür hat das Zi auch einen wissenschaftlichen Beirat eingerichtet, der die Entwicklung von SmED fortlaufend mit seiner Expertise unterstützen soll. Er besteht unter anderem aus Vertretern von niedergelassenen Haus- und Fachärzt:innen sowie von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI). Ziel sei eine kontinuierliche, feedbackgetriebene Weiterentwicklung der Software „unter stetiger Berücksichtigung der Patient:innensicherheit, der Anwenderfreundlichkeit und der medizinischen Evidenz“ bekräftigt das Zi.

Durch einen gezielten, strukturierten Abfrageprozess soll SmED systematisch Symptome, Krankheitsbilder, Vorerkrankungen und Risikofaktoren erfassen. Laut Zi können Frage-Antwort-Konstellationen zu derzeit 125 Beschwerden ausgewertet werden, die auch untereinander kombinierbar sind. Die Software gibt dann eine Empfehlung hinsichtlich der Behandlungsdringlichkeit und des angemessenen Behandlungsortes. Optional kann die Software auch Empfehlungen zur Versorgungskompetenz und zur Versorgungsinfrastruktur bereitstellen. Diese Empfehlung soll den professionellen Anwendern als Entscheidungsgrundlage für die weitere Behandlung dienen. Zudem kann SmED Hinweise geben, wie sich Patienten bis zum Arztbesuch gegebenenfalls selbst behandeln können. SmED soll jedoch bewusst keine Diagnose stellen. Dies soll weiterhin einer ärztlichen Untersuchung vorbehalten bleiben. Die Software für Fachpersonen kann ergänzt werden durch eine digitale Selbsteinschätzung für Laien (SmED Patient).

In verschiedenen Bereichen verfügbar

Das Zi hebt hervor, dass SmED eine „hohe Patient:innen-sicherheit“ biete, „indem abwendbare gefährliche Verläufe identifiziert werden“. Durch die strukturierte Abfrage und Dokumentation werde zudem eine erhöhte Handlungs- und Rechtssicherheit geschaffen. SmED erfasse keine personenbezogenen Daten (weder von Patienten noch von Mitarbeitenden) und sei vollständig konform mit der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Telekommunikation-Telemedien-Datenschutzgesetz (TTDSG). Hosting und Datenhaltung erfolgten ausschließlich auf deutschen Servern. Außerdem trage der Hersteller von SmED das Haftungsrisiko.

SmED-Konfigurationen sind bereits in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung im Einsatz. So kommt SmED im Patienten-Navi der KBV seit Dezember 2021 auf der dazugehörigen Online-Plattform oder über eine App in einem Verfahren zur digitalen Selbsteinschätzung für Laien (SmED Patient) und seit Januar 2020 bei der telefonischen Beratung der 24/7 Terminservicestellen unter der Nummer 116117 in allen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Anwendung. Das Patienten-Navi soll dabei helfen das beste Vorgehen für ein jeweiliges gesundheitliches Problem zu empfehlen. In den Terminservicestellen wurden laut Zi bereits über 6.000.000 Assessments bundesweit durchgeführt. Weitere Einsatzmöglichkeiten sieht das Zi auch in Arztpraxen sowie Versorgungszentren.

Oftmals genügt Videokonsultation

Im Rahmen von Studien setzt das Zi die Software im Rettungswesen und in Notaufnahmen ein. SmED soll die Akteure in der Notaufnahme bei der Entscheidung zur Umsteuerung von Patient:innen mit nicht-dringlicher Symptomatik unterstützen. Es soll so die Triagierung mit Triagesystemen wie das „Manchester Triage System (MTS)“ oder den „Emergency Severity Index (ESI)“ ergänzen und kann zur Reduzierung von „Crowding“ (einer

Überlastung der Notaufnahme durch zu hohe Patientenzahlen) beitragen. Ein Beispiel dafür ist ein einmonatiger Testeinsatz der verbundenen Ersteinschätzung, einer Kombination aus dem MTS und SmED, der im Juli 2021 durchgeführt wurde. Hier habe sich gezeigt, dass die Kombination möglich sei, analysierte das Zi. 42 % der Patient:innen, die selbstständig die zentrale Notaufnahme (ZNA) aufsuchten, hätten ausschließlich vertragsärztlich versorgt werden können. Die Konsultation von Videoärzten sei tagsüber zwar recht wenig in Anspruch genommen worden, jedoch hätte bereits in über 40 % der Fälle die Videokonsultation zur Behandlung der Patienten ausgereicht.

Im Rettungswesen könne SmED, wie das Zi ausführt, im Rettungswagen die Notfall- und Rettungsanitäter bei der Einschätzung von Patienten, die keine Notfallindikation vorweisen, unterstützen. Da SmED in der Lage sei, abwendbar gefährliche Verläufe zu erkennen, könne über die zusätzliche Befragung mit SmED sichergestellt werden, dass Patienten tatsächlich nicht durch die Notaufnahme versorgt werden müssen. Dabei könne SmED beispielsweise über ein Tablet angewendet werden, wenn sich Patienten im Rahmen der rettungsdienstlichen Untersuchung als „nicht dringlich“ herausstellten.

REF-Projekt: Erprobung in Bayern

Die Anwendung von SmED im Rettungsdienst wird unter anderem im „REF-Projekt“ in Bayern erprobt. Ein neues mit einem speziell geschulten Notfallsanitäter besetztes Rettungseinsatzfahrzeug (REF) wird von der Rettungsleitstelle zu Patienten geschickt, die bereits bei Bearbeitung des Notrufs als nicht-Notfälle eingeschätzt worden sind. Im Anschluss an eine standardisierte Notfalluntersuchung zum Ausschluss einer lebensbedrohlichen Situation und Fortführen eines Rettungsdiensteinsatzes nehmen die Notfallsanitäter am Einsatzort, zur Ermittlung der adäquaten Weiterversorgung, seit dem 1. Mai 2023 eine Einschätzung mit Unterstützung durch SmED vor.

Nach ersten Erkenntnissen des Zi wurde bis zum 31. Dezember 2023 in 50,2 % der 1.350 gefahrenen Einsätze die Software zur Ersteinschätzung der Patienten herangezogen. Bei der SmED-Empfehlung zur Versorgungsebene „Notaufnahme“ wurde in 36 Fällen der „Notfall“ als Versorgungszeitpunkt ausgegeben und in 161 Fällen eine „schnellstmögliche“ ärztliche Versorgung. Die Versorgungsebene „Vertragsarzt“ wurde in 26 Fällen dem Versorgungszeitpunkt „schnellstmöglich“, in 135 Fällen „innerhalb von 24 h“ und in 40 Fällen „nicht innerhalb von 24 h“ zugewiesen. „(Vertragsärztliche) Telekonsultation“ wurde in 3 Fällen „innerhalb von 24 h“ und in 25 Fällen „nicht innerhalb von 24 h“ empfohlen.

Bundes-Klinik-Atlas

Wegweiser durch den Krankenhaus-Dschungel in der Kritik

Kaum war der Bundes-Klinik-Atlas des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) gestartet, hagelte es reichlich Kritik an der Aussagekraft sowie Verlässlichkeit des Krankenhausvergleichsportals. Bürgerinnen und Bürger sollen sich darin „schnell und verständlich“ informieren können, welche Klinik welche Leistung mit welcher Qualität anbiete. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) hatte bei der Vorstellung des Atlas bekräftigt, die „Transparenz“ des Atlas sei Teil einer „Qualitätsoffensive“. Kliniken meldeten jedoch nach der Veröffentlichung, der Atlas enthalte Fehlinformationen wegen falscher oder veralteter Daten.

Schon im Vorfeld wurde zudem immer wieder von unterschiedlichen Akteuren aus dem Gesundheitssystem auf bereits existierende Klinikbewertungsportale verwiesen und ein Neugewinn an Informationen durch den Atlas des BMG in Frage gestellt. Einen Monat nach dem Start erhielt der Atlas dann ein Update. Der Umfang der im Atlas aufgeführten Eingriffe wurde reduziert, „um die Suchfunktion für Nutzerinnen und Nutzer sehr viel leichter verständlich zu machen“.

Seit dem 17. Mai 2024 ist der Bundes-Klinik-Atlas auf der Homepage www.bundes-klinik-atlas.de abrufbar. Lauterbach rühmte ihn bei der Veröffentlichung als „einen übersichtlichen Wegweiser durch den Krankenhaus-Dschungel in Deutschland“. Zu Beginn waren im Klinik-Atlas 13.000 Krankheitsbilder für die 1.700 somatischen Krankenhäuser in Deutschland ausgewertet worden. Unter anderem werden Daten zur Bettenzahl, Fallzahlen, Pflegekräften, Mindestmengen und Notfallstufen dargestellt. Im Gegensatz zu anderen Krankenhausverzeichnissen sollen Lauterbach zufolge im Klinik-Atlas auch Level, Informationen über weitere Zertifikate und Leistungsgruppen abgebildet sein. Die Zuordnung der Krankenhäuser in Level und Leistungsgruppen soll erst im vierten Quartal 2024 folgen. Die Webseite wurde unter Verantwortung des BMG in enger Kooperation mit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstellt. Laut Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke, Leiter des IQTIGs, könne das Vergleichsportal als „Katalysator“ dafür dienen, die Datengrundlage der Qualitätssicherung weiterzuentwickeln und so ein Angebot zu schaffen, „das sich wirklich an den Informationspräferenzen und Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten orientiert“.

Zahlreiche falsche Daten?

Das BMG unterzog den Atlas am 20. Juni 2024 einem „umfassenden Update“. Die Bundesregierung erklärte in einer Antwort auf eine kleine Anfrage im Deutschen Bundestag, dass nun Versorgungsanlässe bzw. Eingriffe in Gruppen zusammengefasst würden, um den Einstieg zu erleichtern. Für zunächst 20 wichtige Eingriffe werde somit die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser transparent dargestellt. Durch die Auswahl der 20 Versorgungsanlässe würden rund 2,5 Mio. Krankenhaufälle abgebildet, was über 15 % der Gesamtfälle ausmache. Ziel sei, den Bundes-Klinik-Atlas laufend um weitere Versorgungsanlässe zu erweitern und dabei die besonders relevanten und häufig auftretenden Krankheiten in den Blick zu nehmen.

Wenige Tage nach der Veröffentlichung des Atlas erhoben Krankenhäuser und medizinische Fachgesellschaften schwere Vorwürfe. So ergab eine repräsentative Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) unter deutschen Kliniken, dass vier von fünf Kliniken im Bundes-Klinik-Atlas mit „zahlreichen falschen Daten“ aufgeführt würden – unter anderem zu Adressen, Fallzahlen, Bettenzahlen, Notfallstufen, Personalausstattung und Zertifikaten. Außerdem würden gängige Suchbegriffe zu konkreten Behandlungen vielfach nicht zum Erfolg führen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bezeichnete den Klinik-Atlas „als eine gefährliche Ansammlung gravierender Fehler und Falschdarstellungen“. Es bleibe laut dem DKG-Vorstandsvorsitzenden Dr. Gerald Gaß dabei, dass der Laie, wenn er überhaupt eine Information zu seiner Erkrankung finde, vom Atlas automatisch auch weit entfernt in das Krankenhaus mit den höchsten Fallzahlen geleitet werde, „selbst wenn er direkt vor seiner Haustür ein Krankenhaus mit minimal geringerer aber noch immer sehr hoher Fallzahl hat“. Auf weitergehende Qualitätsdaten, wie sie in anderen Krankenhaus-Suchmaschinen zu finden sei, verzichte der Bundes-Atlas gleich komplett. Die Forderung der DKG: „Die einzig logische Konsequenz für diesen Lauterbach-Atlas wäre die sofortige Abschaltung und ein kompletter Neustart mit wissenschaftlicher Expertise.“

„Kein Beitrag für eine erfolgreiche Krankenhausreform“

Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) und gleichzeitig Vorsitzender des Hartmannbundes, monierte nach der Präsentation des Atlas, dass das neue Register zunächst einmal zusätzliche Bürokratie schaffe und keinen echten Mehrwert für die Patientinnen und Patienten, „denn die dort vorgesehenen Informationen waren schon bisher weitgehend über die etablierten Register wie die Weisse Liste oder das Deutsche Krankenhausverzeichnis laienverständlich abrufbar“. Das neue Register sei außerdem kein Beitrag zu einer erfolgreichen Krankenhausreform in Deutschland, „denn es ist unzureichend mit den Planungs- und Qualitätsprüfungsprozessen in den Bundesländern abgestimmt“, kritisierte er.

Das Deutsche Krankenhaus Verzeichnis (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de) wird von der DKG und der Deutschen Krankenhaus Trustcenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) betrieben. Die Informationen sollen eine Entscheidungshilfe für Patienten bieten. Gerald Gaß betonte auf einer Pressekonferenz am 22. April 2024, dass auch der neue TransparenzAtlas des Bundes keine aktuelleren Daten als das Verzeichnis beinhalten



Die Zuordnung der Krankenhäuser in Level und Leistungsgruppen soll jetzt erst im vierten Quartal 2024 folgen.

könne, weil diese nicht existent seien. Das Verzeichnis ist seit dem 1. Mai 2024 um weitere Inhalte ergänzt worden – z. B. Angebote zur Long-Covid-Behandlung. Zudem ist die Suche noch barrierefreier gestaltet worden und zwei neue Suchfunktionen wurden ergänzt, so Gaß. Im Unterschied zu anderen Verzeichnissen seien keine Algorithmen hinterlegt, die die Daten in irgendeiner Weise priorisieren.

Im Gegensatz zu den geplanten Inhalten des Krankenhausatlas würden in diesem Krankenhausverzeichnis keine Level-Einstufungen, und zurzeit auch keine Leistungsgruppen und Zertifikate ausgewiesen. Patienten bräuchten laut Gaß unter anderem gute Qualität und hohe Leistungen. Es sei beispielsweise nicht relevant, ob es sich um Universitätsmedizin handele, da auch Fachkrankenhäuser, kleinere oder größere Krankenhäuser „hervorragende Expertise“ für einen Behandlungsbereich vorhalten könnten, begründete er die Entscheidung gegen die Level-Einstufung. Leistungsgruppen sollen erst dann ausgewiesen werden, „wenn die Länder diese Leistungsgruppen auch zugewiesen haben“. Zertifikate würden dann in das Verzeichnis eingepflegt, wenn vom IQTIG eine objektivierte Liste relevanter Zertifikate vorliege. Das Bundesgesundheitsministerium stellt seit dem 1. Mai 2024 das Krankenhausverzeichnis auf seiner Homepage nicht mehr zur Verfügung.

Weitere Portale im Fokus

Der Betrieb der Weissen Liste der Bertelsmann Stiftung wurde nach fast 15 Jahren aufgrund des Klinik-Atlas des BMG zum März 2024 eingestellt. Das Vergleichsportal lieferte Informationen über die Qualität von Krankenhäusern und arbeitete dazu mit Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen zusammen. Thomas Moormann von der Verbraucherzentrale Bundesverband äußerte gegenüber Riffreporter Bedenken, dass durch die Einstellung der Weissen Liste eine Lücke entstehe. So werde der Klinik-Atlas beispielsweise keine Patientenbefragungen enthalten. Auch die Daten aus der Qualitätssicherung mit Routinedaten der Krankenkassen würden nicht berücksichtigt. Seitens der Weissen Liste wurde als alternatives Portal auf den AOK-Kliniknavigator verwiesen.

Der AOK-Kliniknavigator ist Teil des AOK-Gesundheitsnavigators der vom AOK-Bundesverband geführt wird. Das Online-Portal zur Suche nach geeigneten Krankenhäusern und Arztpraxen wurde ebenfalls in diesem Jahr um weitere Inhalte ergänzt. Es handelt sich um Informationen zu besonderen Zertifizierungen, zur Erfüllung von Mindest-Fallzahlen und zur Behandlungsqualität. Der AOK-Gesundheitsnavigator fußt auf der Auswertung der Abrechnungsdaten der mehr als 27 Millionen AOK-Versicherten im Verfahren zur „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR).

Die Organspende – eine ethische Frage

Neue Debatte zur Widerspruchslösung entfacht

Vor dem Hintergrund anhaltend niedriger Organspenderzahlen ist die Debatte zur Einführung einer Widerspruchslösung bei der Organspende wieder aufgeflammt. Jeder, der nicht zu Lebzeiten ausdrücklich einer Organspende widerspricht, soll hierbei automatisch als Spender gelten. Erst im Jahr 2020 hatte der Deutsche Bundestag sich gegen eine solche entschieden. Im Juli 2024 wurde im Bundesrat ein Gesetzentwurf zur Einführung der Widerspruchslösung beschlossen. Einen Monat zuvor hat zudem eine Gruppe von sechs Bundestagsabgeordneten einen interfraktionellen Antrag zur Einführung einer Widerspruchsregelung bei der Organspende eingebracht.



Die Mehrheit der Bevölkerung habe eine positive Haltung zur Organspende.

Von der Bundesärztekammer (BÄK) und dem Deutschen Ärztetag wird eine Widerspruchslösung ebenfalls befürwortet. Doch es gibt auch Gegner wie die beiden großen christlichen Kirchen. Sie äußern rechtliche und ethische Bedenken. Es bleibt abzuwarten, ob noch weitere Gesetzentwürfe mit gegebenenfalls Alternativvorschlägen vorgelegt werden.

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. Im Jahr 2020 wurde bereits im Deutschen Bundestag über die Einführung einer Widerspruchslösung diskutiert. Damals wurde für eine sogenannte Entscheidungslösung gestimmt zu der ein Organspende-Register gehört, das seit März 2024 in Betrieb ist. Ein konkurrierender Gesetzentwurf [führend damals Jens Spahn MdB (CDU/CSU) und Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD)] zur Regelung der „doppelten Widerspruchslösung“ wurde abgelehnt.

2023 bundesweit 2.985 Organe gespendet

Lauterbach hatte sich im März 2024 in seiner Funktion als Bundestagsabgeordneter für eine erneute Initiative zur Widerspruchslösung bei der Organspende ausgesprochen. Deutschland hätte sich zwar aus dem Allzeittief von 2017 etwas erholen können, aber die Zahl der Organspender bleibe weit hinter der Benötigten zurück. „Viele Menschen wollen spenden, werden aber nie zu Spendern, weil es einfach die Widerspruchslösung nicht gibt.“ Nach Zahlen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) wurden

im Jahr 2023 insgesamt bundesweit 2.985 Organe gespendet. Demgegenüber warteten beinahe 8.400 Menschen auf ein neues Organ.

Nach der am 5. Juli vom Bundesrat beschlossenen Gesetzesinitiative gilt jede Person als Organ- oder Gewebespendender, es sei denn, es liegt ein erklärter Widerspruch oder ein der Organ- oder Gewebeentnahme entgegenstehender Wille vor. Der Widerspruch soll im Organspende-Register, in einem Organspendeausweis, einer Patientenverfügung oder auf andere Art und Weise festgehalten werden können und keiner Begründung bedürfen. Liegt kein schriftlicher Widerspruch vor, sollen die Angehörigen gefragt werden, ob die Person zu Lebzeiten einen entgegenstehenden Willen geäußert hat. Bei Minderjährigen sollen die Eltern entscheiden können, wenn der oder die Minderjährige nicht zuvor seinen Willen zum Ausdruck gebracht hat. Bei Personen, die nicht in der Lage sind, Wesen, Bedeutung und Tragweise einer Organspende zu erkennen, soll eine Organentnahme grundsätzlich unzulässig sein.

Starkes Signal der Solidarität

Ähnliches sieht der im Juni 2024 von einer Gruppe von sechs Bundestagsabgeordneten [Sabine Dittmar MdB (SPD), Gitta Conemann MdB (CDU), Prof. Dr. Armin Grau MdB (Bündnis 90/Die Grünen), Christoph Hoffmann MdB (FDP), Peter Aumer MdB (CSU) Dr. Petra Sitte MdB (Die Linke)] vorgestellte Antrag zur Einführung der Widerspruchslösung vor. Das Organspende-Register soll hier als wesentliches Element zur Erklärung eines Widerspruchs dienen. Dieses sei zur Ermittlung des Willens einer Person, die potenziell als Spender in Frage kommt, zunächst immer abzufragen. Habe die

Auskunft aus dem Register ergeben, dass diese Person dort keine Erklärung registriert habe, und liege dem Arzt auch kein schriftlicher Widerspruch der Person vor und sei im Gespräch mit den Angehörigen auch diesen kein entgegenstehender Wille bekannt, sei eine Organ- oder Gewebeentnahme zulässig.

Befürworter der Widerspruchslösung argumentieren unter anderem, die Anzahl der Spender würde steigen, denn die Mehrheit der Bevölkerung habe eine positive Haltung zur Organspende und zudem würden Angehörige entlastet werden können. Die Gesetzesinitiative des Bundesrats spricht hier von der Entlastung „in einer Ausnahmesituation eine Entscheidung für die sterbende Person zu treffen“. Auch die Bundestagsabgeordneten erwarten in ihrem Antrag neben der Entlastung der nächsten Angehörigen ebenso eine Entlastung der Ärzt:innen. Zudem solle mit der angestrebten Widerspruchslösung niemand Organ- oder Gewebespendender sein, die oder der sich zuvor nicht ausreichend mit der Thematik habe auseinandersetzen können.

Weniger Bürokratie – höhere Effizienz

Aus Sicht der BÄK sendet die Widerspruchslösung nicht nur ein starkes Signal der Solidarität. Eine aktivere und intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende schaffe „mehr Sensibilität des Einzelnen und für Ärztinnen und Ärzte in Entnahmekliniken deutlich mehr Handlungssicherheit bei gleichzeitig weniger Bürokratie und höherer Effizienz“, wie der 128. Deutschen Ärztetag in seiner Aufforderung an die Bundesregierung, die Widerspruchslösung einzuführen, erklärt.

Gegner der Widerspruchslösung werfen rechtliche und ethische Bedenken auf. So hält der Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, Eugen Brysch, die Einführung der Widerspruchslösung für verfassungswidrig. Grundsätzlich sei jeder medizinische Eingriff ohne Zustimmung des Betroffenen eine Körperverletzung, erklärte Brysch im Juni 2024. „Wer schweigt, stimmt nicht automatisch zu.“ In den Ländern Europas, in denen es deutlich mehr Organspender gebe als in Deutschland, hätten erst organisatorische und strukturelle Maßnahmen zu steigenden Organspende-Zahlen geführt, erklärte Brysch.

Aus der grundsätzlich positiven Haltung der Bevölkerung zur Organspende lasse sich keine pauschale Spendenbereitschaft aller Menschen und erst recht keine generelle Zustimmung zur Organentnahme im Einzelfall schließen, „denn eine solche erfordert eine umfassende Auseinandersetzung mit den Bedingungen und Konsequenzen einer Organspende“, heißt es in der gemeinsamen Stellungnahme der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und der Katholischen Kirche aus dem Jahr 2020. Die Organspende gehe nämlich mit „schwerwiegenden Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit“ einher und verändere den Sterbeprozess erheblich: „Zwar sind vor einer Organentnahme zwingend alle für das Weiterleben entscheidenden Hirnfunktionen unwiderruflich erloschen. Zugleich aber bildet das Fortbestehen von gewissen Funktionen des Körpers durch organprotektive Maßnahmen eine unverzichtbare Voraussetzung für jede Organtransplantation.“ Dieser Umstand aber setze seinerseits medizinisch-therapeutische Maßnahmen während des Sterbeprozesses voraus, die sich von einer palliativen Begleitung des Sterbens grundlegend unterscheiden. Die Kirchen betonten: „Da der Mensch seine Würde im Sterben und auch über den Tod hinaus behält, darf die Freiheit bei dieser sensiblen Entscheidung nicht beschnitten werden.“

Gewissensentscheidung der Abgeordneten

Einer der Kritiker aus den Reihen des Bundestags ist Stephan Pilsinger MdB (CSU): Es gebe „keine signifikanten Zahlen“, die belegten, dass die Widerspruchslösung zu erhöhten Organspendezahlen führe. Anfang 2024 legte Pilsinger eine Art Kompromissvorschlag vor: eine „verbindliche Entscheidungslösung“. Alle Versicherten sollten demnach verpflichtet werden, ihre Haltung zur Organspende im elektronischen Organspende-Register einzutragen. Wer diese Voraussetzung nach einer bestimmten Frist nicht erfülle, solle einen zusätzlichen Krankenkassenbeitrag von zehn Euro im Monat zahlen, wobei das Geld zur Förderung der Organspende verwendet werden soll. Als Entscheidungsoptionen schlägt er neben Zustimmung und Ablehnung einer Organspende auch die mögliche Angabe vor, sich nicht entscheiden zu können. Schließlich gebe es Menschen, die aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage seien, in dieser Frage eine konkrete Entscheidung zu treffen.

Die Bundesregierung gibt keine inhaltliche Stellungnahme zu dem konkreten Gesetzentwurf des Bundesrats ab, da es sich „um eine ethische Frage handelt, die als Gewissensentscheidung von den einzelnen Abgeordneten und somit aus der Mitte des Deutschen Bundestags zu beantworten ist“.

Eklatanter Nachwuchsmangel

Mehr Medizinstudienplätze: Noch keine Finanzreform in Sicht

Um den drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken, steht der Aufbau weiterer Studienplätze im Bereich Humanmedizin seit geraumer Zeit in der Politik zur Debatte. Nach Zahlen des Statistischen Bundesamts (Destatis) ist die Zahl der Studienanfänger im Bereich Humanmedizin und Gesundheitswissenschaften im Studienjahr 2023 leicht gestiegen. Mit Blick auf die einzelnen Fächergruppen zeigt sich jedoch im Fach Allgemeinmedizin eher ein geringer Anstieg.

Der 128. Deutsche Ärztetag und die Bundesärztekammer (BÄK) wiesen bereits auf die Dringlichkeit der aktiven ärztlichen Nachwuchsförderung und der Schaffung guter beruflicher Rahmenbedingungen zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen hin und forderten in dem Zusammenhang, dass die „seit Jahren angekündigte und dringend benötigte Reform des Medizinstudiums endlich umgesetzt“ werde.

Insgesamt 381.500 Erstsemester haben sich im Studienjahr 2023 (Sommersemester 2023 und Wintersemester 2023/2024) laut Destatis an einer deutschen Hochschule eingeschrieben. Nach vorläufigen Ergebnissen waren das 7.800 beziehungsweise 1,6 % mehr als im Studienjahr 2022. Die Zahl der Studienanfänger:innen bleibt jedoch weiterhin unter dem Niveau von 2019, dem Jahr vor der Corona-Pandemie (508.700) zurück. Für den Anstieg ist vor allem die Zahl der ausländischen Studienanfänger:innen, die nach einem durchgehenden Anstieg seit 2020 auf 130.500 im Studienjahr 2023 über dem Vor-Corona-Niveau von 2019 (125.400) liege verantwortlich. Die Zahl der deutschen Erstsemester lag 2023 um 1,9 % höher als im Vorjahr.

Im Bereich Humanmedizin und Gesundheitswissenschaften sei die Anfänger-Zahl im Studienjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr um drei Prozent auf 28.300 gestiegen. Auf die einzelnen Fachgruppen aufgeteilt, zeigt sich im Fach Humanmedizin jedoch ein deutlich kleinerer Anstieg: So begannen laut Destatis im Wintersemester 2023/2024 10.058 und im Sommersemester 2023 1.841 Personen ein Studium an Hochschulen in Deutschland. Ein Jahr zuvor waren es im Wintersemester 10.035 und im Sommersemester 1.823 Personen.

Viel verfassungsrechtliche Kritik

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB hatte Anfang des Jahres noch auf einer Pressekonferenz angekündigt, in einem kommenden Gesetz einen Vorschlag zur Erhöhung der Medizinstudienplätze um 5.000 pro Jahr zu machen. In einem ursprünglichen Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) war hierzu ein Förderfonds vorgesehen. In der weiteren Entwicklung des Entwurfs wurde dieses Vorhaben jedoch herausgestrichen und der finale Regierungsentwurf enthält keine Maßnahmen zum Aufbau von Medizinstudienplätzen mehr. Laut dem Entwurf hätten die gesetzlichen Krankenkassen einen erheblichen Teil der Finanzierung dieser Studienplätze übernehmen sollen, was zu erheblicher, insbesondere verfassungsrechtlicher, Kritik geführt hätte. Das GVSG befindet sich derzeit im Gesetzgebungsverfahren.

Der 128. Deutsche Ärztetag hatte in einem Beschluss die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform zur Erweiterung der Kapazität an Studienplätzen in der Humanmedizin in Deutschland betont. Der jetzt zu beklagende Ärztemangel beruhe auf der Reduktion der Studienplätze seit 1992 – basierend auf der Änderung der Approbationsordnung. Statt 16.000 Plätzen pro Jahr, die sich nach der Wiedervereinigung aufgrund der hinzugekommenen medizinischen Fakultäten der östlichen Bundesländer hätten ergeben müssen, betrage das Angebot an Studienplätzen seit den 1990er-Jahren nur noch ca. 10.000 jährlich. „Die Korrektur dieses jahrzehntelangen Mangels ist nun zwingend geboten“, konstatierte der Ärztetag. Die Aufgabe, neue Studienplätze einzurichten, könne nur über finanzielle Zuschüsse seitens des Bundeshaushaltes erfolgen.

„Ohne ausreichend Nachwuchs verschlechtern sich durch die steigende Arbeitsverdichtung die beruflichen Rahmenbedingungen für die bereits im System tätigen Beschäftigten“, mahnt Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK). Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 forderte Bund und Länder auf, die Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) endlich umzusetzen. Aktive ärztliche Nachwuchsförderung zum einen und die Schaffung guter beruflicher Rahmenbedingungen zum anderen seien Grundvoraussetzungen für eine gelingende Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen. Beides bedinge einander, unterstrich Reinhardt.



Laut Gesetzentwurf hätten die Krankenkassen einen erheblichen Teil der Finanzierung übernehmen sollen.

Bis Ende Oktober teilnehmen!

Einen von 50 Plätzen für AMBOSS-Online-Fortbildungen zu gewinnen

Der Hartmannbund und AMBOSS verlosen unter allen Hartmannbund-Mitgliedern bis zum 31.10.2024 Online-Fortbildungen zu Themen wie Antibiotikatherapie, Antidepressiva, EKG, Radiologie, Sonografie u.v.m.

kostenfreien CME-Kursen, die AMBOSS-Nutzerinnen und -Nutzern regulär zur Verfügung stehen. Die zusätzlich buchbaren flexiblen Online-Fortbildungen werden in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten auf dem jeweiligen Themenge-



„Tolle Themenauswahl, sehr kurzweilig und dabei didaktisch hervorragend aufbereitet mit praktischen Tipps.“
– Kursteilnehmer:in über die Fortbildungen

Bislang bietet AMBOSS über 20 verschiedene Online-Fortbildungen zu Themen wie Antibiotikatherapie bei Erwachsenen und Kindern, Antidepressiva, außerklinische Notfälle, Dermatologie, EKG, invasive Beatmung, psychiatrische Notfallsituationen, Sonografie, Sonografie in der Schwangerschaft u.v.m. an. Das Angebot an Kursen wird laufend ausgebaut.

Gewinnspiel: Einen von 50 Plätzen für eine Fortbildung der Wahl gewinnen

Wenn Sie die Gelegenheit nutzen möchten, eine der Online-Fortbildungen kostenfrei auszuprobieren, können Sie als Hartmannbund-Mitglied an unserem Gewinnspiel teilnehmen. Besuchen Sie dazu einfach folgende Seite und füllen dort das entsprechende Kontaktformular aus: go.amboss.com/hartmannbund-verlosung



Insgesamt werden 50 Plätze für die Online-Fortbildungen von AMBOSS verlost. Beim Ausfüllen des Teilnahmeformulars können Sie angeben, welche Ihre Wunschfortbildung ist. Teilnahmechluss ist der 31.10.2024. Die Gewinnerinnen und Gewinner werden nach dem Zufallsprinzip per Los ermittelt. Wir wünschen viel Glück!

Schon gewusst? AMBOSS-Vorteil für Hartmannbund-Mitglieder:

Zum Kennenlernen der Inhalte und integrierten CME-Kurse 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

biet entwickelt und gehen noch wesentlich tiefer in die Materie. Dabei sind sie frei von finanziellen Interessenkonflikten und Sponsoring. Pro Fortbildung können bis zu 29 CME-Punkte für das Fortbildungskonto gesammelt werden.

Teile der Kursinhalte arbeiten die Teilnehmenden im Selbststudium mit passenden Online-Modulen in AMBOSS durch. Darüber hinaus werden pro Fortbildung mehrere Stunden Videomaterial produziert, in denen die erfahrenen Fachexpertinnen und -experten die Themen anhand konkreter Praxisbeispiele und Patientenfälle vermitteln. Die Module und Videos können jederzeit gestartet und pausiert werden, sodass sie sich sehr gut in den hektischen Alltag von Praktizierenden einbauen lassen.

Bei der Auswahl der Fortbildungsthemen berücksichtigt AMBOSS von Nutzerinnen und Nutzern besonders nachgefragte „Pain Points“ aus der Praxis. Das überdurchschnittlich positive Feedback der Kursteilnehmenden nach gut zweijährigem Bestehen der Fortbildungen bestätigt die hohe Qualität der Inhalte.

Seit der Gründung von AMBOSS 2012 hat sich die medizinische Wissensplattform längst als umfassendes Nachschlagewerk für Ärztinnen und Ärzte etabliert. Bereits jede 4. Ärztin und jeder 4. Arzt greifen bei täglichen Behandlungsentscheidungen auf die leitliniengerechten Inhalte der Plattform zurück. Seit einigen Jahren bietet AMBOSS zusätzlich Online-Fortbildungen an, um Praktizierende nicht nur im ärztlichen Alltag zu unterstützen, sondern auch um ihr Wissen auf dem neuesten Stand zu halten oder zu erweitern.

AMBOSS-Online-Fortbildungen

Der Bedarf an Fortbildungen ist groß, aber vielen Ärztinnen und Ärzten fällt es schwer, Präsenzfortbildungen in ihrem Alltag zwischen Station oder Praxis und Privatleben unterzubringen. Als etablierte Wissensplattform hat sich AMBOSS deshalb entschieden, unabhängige, CME-zertifizierte Online-Fortbildungen zu praxisrelevanten Themen zu entwickeln, die von den Teilnehmenden von überall und jederzeit absolviert werden können.

Die Online-Fortbildungen ergänzen das bereits vorhandene Portfolio an über 60

Sie sind im Wettbewerb um medizinisches Fachpersonal?

Machen Sie den Unterschied!

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der Human- und Zahnmedizin beklagen nicht erst seit Corona einen eklatanten Fachkräftemangel in ihren Praxen. Viele Praxen sind mit dem Problem bereits konfrontiert oder sehen die großen Herausforderungen schon bald auch auf ihre Praxen zukommen. Eine Studie prognostiziert eine Versorgungslücke beim Gesundheitspersonal von knapp 1,8 Millionen im Jahr 2035 – das entspricht einem Engpass von 35 Prozent. Das sind offene Stellen, die nicht mehr besetzt werden können, weil qualifizierte Fachkräfte fehlen.

Gründe gibt es viele Neben der hohen Arbeits- und Stressbelastung reißt vor allem die Abwanderung des medizinischen Fachpersonals in besser bezahlte Jobs bei Krankenkassen, Gesundheitsverwaltungen oder Kliniken große Lücken in den Praxisbetrieb. Auf die freiwerdenden Stellen rückt meist kein neues qualifiziertes Personal nach. Tendenz: Die Fluktuation des medizinischen Personals hält weiter an, die Probleme verschärfen sich zunehmend.

Die Folgen sind bereits deutlich sichtbar: Praxen können bald nicht mehr fachgerecht und zeitnah versorgen. Schon heute müssen Patientinnen und Patienten wochenlang auf Facharzttermine warten oder werden ganz abgewiesen. Die Situation bei Hausärztinnen und Hausärzten in ländlichen Gebieten verschärft sich außerdem. Zusammengefasst bedeutet das, dass der Wettbewerb um immer knapper werdendes Fachpersonal weiter zunimmt.

Qualifiziertes Praxispersonal binden – heute wichtiger, denn je Jede Arbeitgeberin und jeder Arbeitgeber sollten sich bewusst machen: Wichtiger als jede Recruiting-Maßnahme ist die langfristige Bindung des vorhandenen Praxispersonals. Denn die Mitarbeiterfluktuation kostet nicht nur viel Zeit und noch mehr Geld, sondern schadet auf Dauer auch der eigenen Reputation und dem Image der Praxis. Insofern sind eine gute Unternehmens- bzw. Praxiskultur mit einer wertschätzenden Arbeitsatmosphäre und einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe eine gute Ausgangslage für zufriedenes und motiviertes Praxispersonal

Möglichkeiten, qualifizierte Mitarbeitende zu halten, gibt es viele. Ein gutes und angemessenes Gehalt ist das eine, wichtig sind aber besonders attraktive Arbeitsbedingungen, wie flexible Arbeitszeiten, Kinderbetreuungsmöglichkeiten in Praxisnähe, Weiterbildungs- und Qualifizierungs-

möglichkeiten oder der Wechsel von der Teilzeit- in eine Vollzeitstelle.

Betriebliche Altersvorsorge – ein Mittel gegen Fachkräftemangel Zusatzleistungen, wie eine betriebliche Altersvorsorge, sind ebenfalls attraktive Möglichkeiten, die Mitarbeitenden langfristig an die Praxis zu binden und die eigene Attraktivität als Arbeitgeber zu erhöhen. Für das Praxisteam ist eine solche Zusatzleistung nicht nur ein Zeichen der Wertschätzung, sondern auch eine verlässliche finanzielle Absicherung für die Zukunft. Denn vielen Praxisangestellten macht die Aussicht auf eine geringe Rente im Alter große Sorgen. Selbst bei einem durchschnittlichen Tarifgehalt kann am Ende des Berufslebens Altersarmut drohen. Mit einer betrieblichen Altersvorsorge können Arztpraxen mehr Sicherheit für ihre Angestellten im Alter schaffen.

Die Gesundheitsrente: Vorteil für Praxisleitung und Angestellte Die Gesundheitsrente ist eine spezielle betriebliche Altersvorsorge für alle, die einen medizinischen Fachberuf ausüben (u.a. Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte). Der Hartmannbund ist Partner der Gesundheitsrente, wie fast 30 andere Organisationen aus dem Bereich der Gesundheitsberufe, die diese Branchenlösung aktiv unterstützen.

Sie ist eine besonders vorteilhafte Möglichkeit für das Alter vorzusorgen, insbesondere dann, wenn der Arbeitgeber die Beiträge zur Altersvorsorge übernimmt. Die tarifvertraglichen Regelungen sehen dies vor. Für den Arbeitgebenden ist die betriebliche Altersvorsorge übrigens annähernd kostenneutral. Der Vorteil für die Mitarbeitenden: Jeder zusätzliche Euro aus einer Gehaltserhöhung kommt auch bei Ihnen an.

Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte haben übrigens einen An-



spruch auf die betriebliche Altersvorsorge. Möchten Mitarbeitende zusätzlich vorsorgen, dann bietet die Entgeltumwandlung eine hervorragende Möglichkeit. Die Angestellten können selbst entscheiden, wie hoch der Beitrag ist, den sie zusätzlich sparen möchten. Da der Arbeitgeber diesen Betrag direkt vom Bruttogehalt in die Altersvorsorge einzahlt, zahlt die oder der Mitarbeitende darauf keine Sozialabgaben und Steuern.

Wenn Sie mehr für die Absicherung Ihrer Mitarbeitenden tun möchten, sprechen Sie mit Ihrer persönlichen Finanzberaterin oder Ihrem persönlichen Finanzberater bei der Deutschen Ärzte Finanz. Lassen Sie sich zur betrieblichen Altersvorsorge (bAV) und speziell zur Gesundheitsrente umfassend beraten. Sie erreichen uns über die E-Mail service@aezrte-finanz.de oder unter der Telefonnummer 0221 - 148 32323.



Die betriebliche Altersvorsorge ist eine verlässliche finanzielle Absicherung für Ihr Praxispersonal.

Auch gesetzliche Krankenkassen und Private Versicherer setzen verstärkt auf digitale Services



Aus dem Alltag sind sie nicht mehr wegzudenken: Digitale Services, Shopping, Urlaubsbuchung, Lebensmitteleinkäufe und Kommunikation. Aber wie sieht es im Bereich Gesundheit und speziell im Bereich der Krankenversicherung aus?

Lange Zeit waren gesetzliche Krankenkassen (GKV) und Private Krankenversicherer (PKV) im Gesundheitswesen reine Kostenträger.

Aktuell haben das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) eine neue Ära in der Digitalisierung des Gesundheitswesens eingeleitet.

Schon seit Ende 2019 besteht mit der Einführung des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) das Recht, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) – also die App auf Rezept – zu nutzen. Somit haben GKV-Versicherte Anspruch auf eine Versorgung mit DiGAs, die von Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen oder der Krankenkasse verordnet und durch die Krankenkasse erstattet werden. Die oftmals als „digitale Helfer“ bezeichneten Anwendungen unterstützen bei der Diagnose und Therapie von Krankheiten und tragen somit zu einer innova-

tiven, gesundheitsförderlichen Lebensführung bei. So können beispielsweise Tinnitus-Patienten durch die Unterstützung der dazugehörigen App, einen besseren Umgang mit ihren Ohrgeräuschen erzielen.

Und was bietet die PKV?

Für die Private Krankenversicherung gilt das verpflichtende Angebot von DiGAs im Rahmen des DVG offiziell nicht. Viele PKVen kennen jedoch die Bedeutung digitaler Services – waren teilweise sogar Vorreiter in der Bereitstellung – und bieten ihren Versicherten ebenfalls DiGAs sowie weitere innovative digitale Angebote an. Digitale Services werden meist als kostenlose Zusatzleistung, aber auch in Verbindung mit speziellen Tarifen der PKVen angeboten.

Insbesondere die Bereiche Prävention, Diagnose & Information, Behandlung & Monitoring sowie Services wie die digitale Gesundheitsakte werden stetig weiterentwickelt. Am häufigsten werden digitale Services für Administration, Rechnungs-

management, Gesundheitsinformationen sowie Suchfunktion & Terminbuchung genutzt.

Sowohl die GKV als auch die PKV setzen durch ihre Angebote die Entwicklung zum ganzheitlichen Gesundheitspartner fort, indem sie digitale Services in weiteren Versorgungskategorien als Unterstützung anbieten. Und dies immer parallel zur persönlichen Betreuung.

Beispiele für digitale Angebote der AXA Krankenversicherung – ein Leben lang: Prävention, Betreuung im Krankheitsfall & Nachsorge

Beispiele mit Fokus auf mentale Gesundheit:

Novego RELAX: Wissenschaftlich anerkannte und nachweislich wirksame Online-Unterstützungsprogramme bei psychischen Belastungen

Die auf die individuelle Situation zugeschnittenen Inhalte unterstützen bei den Themen Stress, Schlaf, Depression, Angst und Burnout

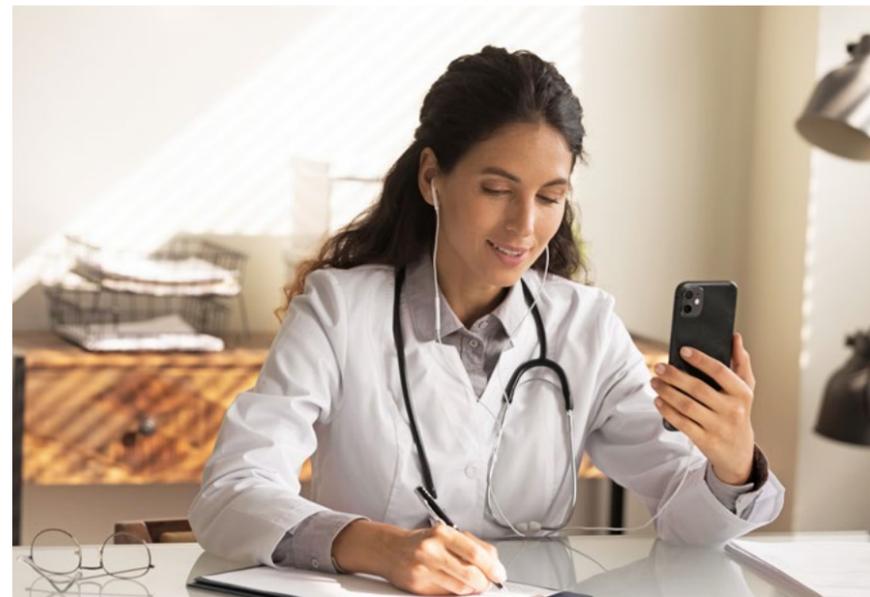
Meine-Gesunde-Seele: Umfassende Gesundheitsinformationen zu mentaler Gesundheit & Therapiemöglichkeiten

Unterstützung durch Selbsttests, Online-Programme, Videosprechstunden, Therapeutensuche, Video-Psychotherapie, Kooperationskliniken, Hilfe für Angehörige, Blogs sowohl für Erkrankte als auch Interessierte (verschiedenen Krankheitsbilder und Belastungsgrade)

Weitere Beispiele

- **SkinVision:** Erkennung von Hautkrebs-Melanomen
- **Kinderwunschbehandlung**
- **Tinnitracks:** Die App bietet eine individuelle Neuro-Therapie an.

Haben Sie Fragen rund um dieses Thema, dann hilft Ihnen Ihr:e Repräsentant:in der Deutschen Ärzte Finanz gerne weiter.



Ein Drittel der Praxisinhaber in Deutschland sind 60 Jahre oder älter

Gut vorbereitet in den Ruhestand: Praxisabgabe mit der apoBank



Aktuell sichern knapp 100.000 Arztpraxen in Deutschland die vertragsärztliche Versorgung, doch auch hier greift der demografische Wandel: Ein Drittel der Praxisinhaber in Deutschland sind 60 Jahre oder älter und werden in den nächsten Jahren eine Nachfolge suchen. „Das gestaltet sich heutzutage allerdings schwieriger, da die Lebensentwürfe der jungen Generation anders sind. Während ältere Generationen oft den Traum einer eigenen Praxis verfolgten, bevorzugen jüngere Ärzte häufig eine Anstellung“, sagt Daniel Zehlich, Leiter des Bereichs Gesundheitsmarkt und Beteiligungen bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer (apoBank) und betont, dass die Abgabe einer Praxis in der Regel nur einmal im Leben stattfindet und Praxisinhaber daher wenig Erfahrung mit dem Thema haben. „Aus unserer Umfrage unter den Abgeberinnen und Abgebern wissen wir, dass es vor allem drauf ankommt, die Praxis in gute Hände, zum richtigen Preis und möglichst unkompliziert abzugeben“, sagt Zehlich. Entsprechend sollte der Übergang in den Ruhestand gut geplant und vorbereitet sein. Die apoBank unterstützt bei diesem komplexen und emotionalen Prozess gleich mit mehreren Angeboten.

Rechtzeitig starten

Eine Praxisabgabe kann bis zu fünf Jahre dauern und beispielsweise mit einem Eintrag in einer Praxisbörse starten. Wer frühzeitig, aber diskret beginnen möchte, kann den „Secret Sale“-Service der apoBank nutzen. Nach einer Anmeldung werden Angaben zu Facharztgruppe sowie Bilder und Grundrisse benötigt. Das Angebot wird in einem geschützten Portal veröffentlicht, und spezialisierte Praxisberater erstellen ein anonymisiertes Verkaufsexposé. Dieses wird nur einem ausgewählten Kreis von Interessenten vorgestellt, die eine Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet haben. Sind potentielle Übernehmer gefunden, begleitet die Beraterin oder der Berater bei Bedarf auch bei ersten Kennenlerngesprächen.

Den Wert der Praxis kennen

Für erfolgreiche Übergabeverhandlungen ist der Wert der eigenen Praxis jedoch der wichtigste Faktor. Die Wertermittlung ist komplex und sollte nicht nur theoretisch erfolgen, sondern auch mit realen Marktpreisen vergleichbarer Praxen abgeglichen werden. Das modifizierte Ertragswertverfahren ermöglicht eine fundierte Berechnung. Der Praxiswert setzt sich aus dem Substanz- und dem ideellen Wert zusammen, und um ihn zu ermitteln, werden neben den materiellen Werten auch individuelle Parameter, wie die Patientenstruktur und standortgebundenen Faktoren berücksichtigt. Auf Wunsch können die Praxisberater der apoBank Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Praxiswerts ausarbeiten und einen Überblick über verschiedene Optionen zur Wertsteigerung geben.

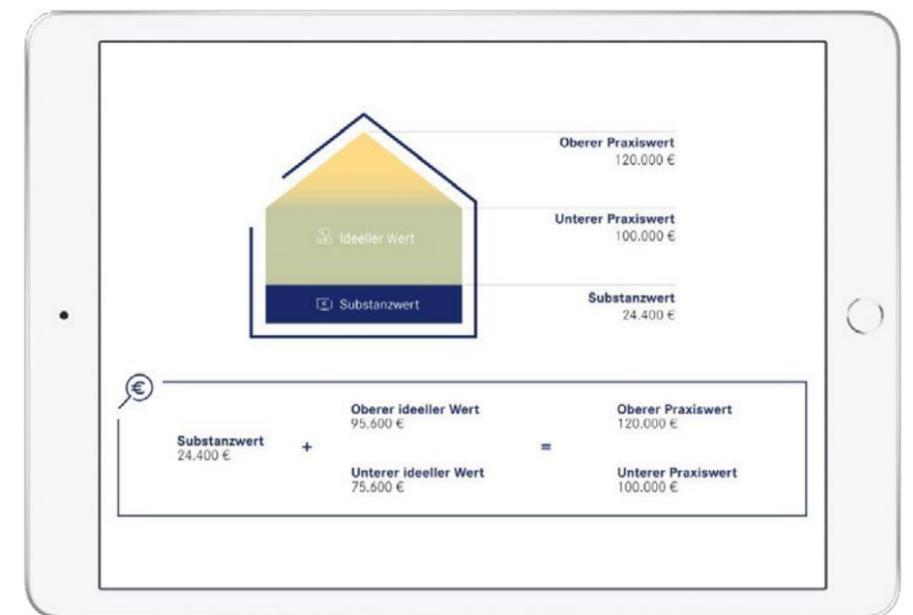
Praxisabgabe strukturieren

Sind Nachfolge und Verkaufspreis geklärt, gibt es weitere Themen wie die Übergabe der Zulassung, Vertragsgestaltung oder Steuerrecht zu regeln. Die apoBank hat hierfür einen strukturierten Abgabefahr-

plan entwickelt, der eine Schritt-für-Schritt-Anleitung mit individuellen Maßnahmen, eine Checkliste zur Aufgabenorganisation, Hilfestellung zur Nachfolgesuche, Empfehlungen zur Wertsteigerung und eine kostenlose Beratungsstunde mit einem Praxisexperten enthält. Die persönliche Beratung durch spezialisierte Praxisberater und deren breites Netzwerk an Ansprechpartnern kann äußerst hilfreich und zeitsparend sein.

Sollte trotz allen Bemühungen keine Nachfolgelösung in Sicht sein oder die Praxis aus anderen Gründen geschlossen werden müssen, sind die Beraterinnen und Berater der apoBank auch dabei behilflich, die Auflösung möglichst wertschonend zu gestalten.

Mehr Informationen zur Praxisabgabe gibt es auf der Website der apoBank: www.apobank.de/praxis-apotheke/abgeben



Mit Ringhotels „Echt HeimatGenuss“ erleben und dabei 10 % sparen

RINGHOTELS
Echt HeimatGenuss erleben

Seit über 50 Jahren können Sie mit Ringhotels von den Alpen bis an die See „Echt HeimatGenuss“ erleben – und als Hartmannbund-Mitglied profitieren Sie zusätzlich von 10 % Rabatt auf den tagesaktuellen Bestpreis.



Ob Kultur-, Rad- oder Wanderurlaub, in den rund 100 privat geführten Hotels mit viel familiärem Flair spürt man das Lebensgefühl der Region und erlebt Gastfreundschaft, die von Herzen kommt.

Gelegen in den schönsten Gegenden Deutschlands haben Sie die Möglichkeit zu entspannen oder aktiv werden. Lassen Sie bei Ihren Radtouren die Natur auf sich wirken oder entdecken Sie die Heimat

der Ringhotels beim Wandern und lassen Sie sich von den vielen Höhepunkten am Wegesrand überraschen. Auch diejenigen, die lieber im Oldtimer cruisen oder motorisiert auf zwei Rädern unterwegs sind, sind bei Ringhotels gern gesehene Gäste. Und: Ihre Gastgeber haben immer gute Insider-Tipps auf Lager. Ringhotels schafft für Sie die perfekte Verbindung von Reisen und mit allen Sinnen genießen.

Entspannen Sie nach einem ereignisreichen Tag mit vielfältigen Wellness-Angeboten, schalten Sie ab und lassen Sie sich mit ausgezeichnete regionaler Küche und einem guten Tropfen verwöhnen.

Doch nicht nur für Ihren nächsten Urlaub sind die Ringhotels eine gute Wahl. Ringhotels bietet auch für Ihre Tagung oder Veranstaltung den optimalen Rahmen.

Die erfahrenen Event- und Tagungsspezialisten vor Ort kümmern sich kompetent und engagiert um die Organisation Ihrer Veranstaltung und um das ideale Rahmenprogramm.

- Nutzen Sie die persönliche Beratung und lassen Sie sich ein maßgeschneidertes Angebot erstellen. Kontaktieren Sie uns gerne unter sales@ringhotels.de oder 089 45 87 03 – 28.
- Bei Anfragen über meetings@ringhotels.de erhalten Sie bei Buchung mit dem Stichwort „Hartmannbund“ auch auf Tagungen 10 % Preisnachlass.

Besuchen Sie unsere Website ringhotels.de und lassen Sie sich inspirieren.

Erbschaftsplanung

Warum Sie Sich frühzeitig damit auseinandersetzen sollten



Erben und Vererben sind Themen, die oft mit Unsicherheiten und emotionalen Herausforderungen verbunden sind. Dennoch ist es von großer Bedeutung, sich frühzeitig mit der Erbschaftsplanung zu beschäftigen. Wer sein Erbe nicht sorgfältig plant, überlässt sein privates Vermögen den gesetzlichen Regelungen, was zu unerwünschten Konsequenzen führen kann. Ungeplante Erbschaften können zu Streitigkeiten innerhalb der Familie, unerwarteten steuerlichen Belastungen und unklaren Vermögensverhältnissen führen.

Der „ErbschaftsPlaner 2024“ bietet eine umfassende Lösung für eine rechtssichere Erbschaftsplanung. Die Software unterstützt Sie dabei, Ihr privates Vermögen zu bewerten, verschiedene Erbszenarien zu vergleichen und ein rechtssicheres Testament zu erstellen.

Der dreistufige Prozess des ErbschaftsPlaners 2024

Stufe 1: Vermögensbewertung Der erste Schritt zur Erstellung eines klaren und umfassenden Erbplans besteht in der genauen Bewertung Ihres privaten Vermögens. Der ErbschaftsPlaner hilft Ihnen dabei, eine detaillierte Inventarliste zu erstellen, die alle Ihre Eigentums- und Vermögensverhältnisse umfasst. Diese Übersicht bildet die Grundlage für die weiteren Schritte der Erbschaftsplanung.

Stufe 2: Verteilung des Vermögens In der zweiten Stufe geht es darum, die Aufteilung Ihres Vermögens unter Berücksichtigung rechtlicher Vorgaben zu planen. Sie können festlegen, welche Personen und Institutionen Ihr Vermögen erhalten sollen und verschiedene Erbszenarien erstellen. Der ErbschaftsPlaner bietet dabei die Möglichkeit, auch Schenkungen zu berücksichtigen und

die voraussichtliche Erbschaftsteuer für jedes Szenario auszuweisen.

Stufe 3: Testament und Dokumentenmappe erstellen Der letzte Schritt besteht in der Erstellung eines rechtssicheren Testaments und der Zusammenstellung aller erbrechtlich relevanten Unterlagen. Der ErbschaftsPlaner stellt Ihnen Vorlagen zur Verfügung, die Ihnen bei der rechtssicheren Formulierung Ihres Testaments helfen. Zudem können Sie Vollmachten und Verfügungen erstellen, die sicherstellen, dass Ihre Wünsche im Falle einer Handlungsunfähigkeit berücksichtigt werden.

Zögern Sie nicht, die Kontrolle über Ihr Vermächtnis zu übernehmen und sorgen Sie dafür, dass Ihre Liebsten bestmöglich abgesichert sind. Der Erbschaftsplaner 2024 ist ab jetzt auch unter www.steuertipps.de/lp/hartmannbund erhältlich.

Steuertipps



Werden Sie Teil einer starken Gemeinschaft

**Exklusiv für Hartmannbund-Mitglieder:
Die BSW-Mitgliedschaft 3 Monate kostenlos testen!**

Hier BSW-Mitgliedschaft abschließen und sparen:

www.bsw.de/hartmannbund

**Mit BSW Geld zurück beim Einkauf in
20.000 Geschäften und über 1.100 Onlineshops, z. B.**

- beim täglichen Einkauf
- beim Tanken
- der Urlaubsbuchung
- dem Neuwagenkauf

Einfach BSW-Karte im Geschäft vorlegen und Geld zurück auf das Konto erhalten.
Sparen kann so einfach sein.

BSW. Der Vorteil für den Öffentlichen Dienst

Infos auch unter 0800 / 279 25 82
(gebührenfrei, Mo.-Fr. 8.00 bis 19.00 Uhr)

Sonderkonditionen für Hartmannbund-Mitglieder

Tchibo Kaffee für Ihre Praxis – bis zu 20 % Mitgliedsvorteil exklusiv für Sie



Über 50.000 zufriedene Geschäftskunden vertrauen bereits auf Tchibo und genießen erstklassigen Kaffeegenuss an ihrem Arbeitsplatz. Mit einer breiten Kaffeeauswahl von Klassikern bis hin zu Premium-Kaffees, einem Fokus auf nachhaltigen Anbau und fairen Handel sowie der 100%igen Tchibo Qualität, bietet Tchibo für jedes Bedürfnis den passenden Kaffee.

Deutschlands Nr. 1 Röstkaffeemarke bietet Kaffee, Maschine und Service aus einer Hand.

Als Mitglied unseres Verbands profitieren Sie von exklusiven Vorteilen, die Tchibo speziell für Sie bereithält:

- **Rabattierte Probiersets:** Mit 15% Rabatt die Vielfalt des Tchibo Kaffee Sortiments entdecken. Probieren Sie verschiedene



dene Kaffeesorten und finden Sie Ihren persönlichen Favoriten.

- **Exklusiver Mengenvorteil:** Sie erhalten bis zu 20% dauerhaften Rabatt auf Bestseller- oder Premium-Kaffees. Sparen Sie Kosten und optimieren Sie Ihren Kaffeegenuss.

Sie sind nicht mehr zufrieden mit Ihrer Kaffeemaschine? Auch hier hat Tchibo die richtige Lösung für Sie! Einfach online bestellen, versandkostenfrei in Ihre Praxis liefern lassen und unverbindlich testen.

- **Kaffeemaschinen Deals:** Bis zu 40 % auf ausgewählte Kaffeemaschinen.

Ihre exklusiven online Vorteile finden Sie alle hier auf Ihrer Tchibo Vorteilsseite: www.tchibo.de/vorteil-hartmannbund

Exklusiv für Hartmannbund-Mitglieder:

Das Rundum-Sorglos-Paket von Europcar

Ob Sie im Urlaub mit Ihrer Familie die Küste entlangfahren oder Ihre Praxis mobil machen möchten – Europcar hat die passende Mobilitätslösung. Als Europas größter Autovermieter bieten wir Ihnen nicht nur irgendein Auto, sondern genau das, was Sie brauchen: sei es für einen Tag, ein Wochenende oder eine ganze Woche. Und falls Sie sich gar nicht mehr von Ihrem Mietwagen trennen möchten – kein Problem! Wussten Sie, dass Sie bei uns auch Fahrzeuge ab einem Monat mieten können? Unsere Langzeitmieten schonen nicht nur Ihr Portemonnaie, sondern lassen Ihnen auch alle Freiheiten, Ihr Traumauto so lange zu fahren, wie Sie möchten.

Vielfalt in unserer Flotte Von Pkws bis hin zu Transportern haben wir für jeden Anspruch die passende Mobilitätslösung, einschließlich umweltfreundlicher Elektrooptionen. Unsere sorgfältig zusammengestellte Flotte besticht durch sparsame Modelle wie den VW Polo, den sportlichen Audi A4 Avant und die komfortable Mercedes Benz C-Klasse.

Immer in Ihrer Nähe Europcar ist in über 130 Ländern mit einem starken Netzwerk für Sie da – in Ihrer Heimatstadt, am Flughafen und an Ihrem Urlaubsziel. Wir sorgen dafür, dass Sie immer bequem und zuverlässig unterwegs sind, wo auch immer Sie gerade sind. **Und das ist noch nicht alles! Mitglieder des Hartmannbundes bekommen bei Europcar exklusive Vorteile:**

Persönlicher Ansprechpartner: Für Ihre individuellen Anfragen steht Ihnen Gabor Laszlo zur Verfügung. Sie erreichen ihn unter gabor.laszlo@europcar.com.

Vergünstigte Konditionen: Mitglieder des Hartmannbundes profitieren von exklusiven und festen Konditionen für Mietwagen in Deutschland und weltweit.

Individuelle Beratung: Unsere Business-Services beinhalten individuelle Beratung durch geschultes Personal, um den speziellen Bedürfnissen von Ärzten und medizinischen Fachkräften gerecht zu werden.

Bonusprogramme und Kooperationen: Das Privilege-Loyalitäts-Programm bietet je nach Status Vorteile wie 10 Prozent Rabatt auf Anmietungen ab drei Tagen, schnellere Abholung und eine garantierte Buchung, auch bei Verspätung.

Zusätzliche Vorteile: Darüber hinaus erwarten Hartmannbund-Mitglieder weitere Vorteile wie die Möglichkeit zur Lieferung und Abholung, Bonuspunkte sowie exklusive Rabatte bei Hotelketten, Fluggesellschaften, Bahn- und Bankpartnern von Europcar.

Um bei der Buchung von Ihren exklusiven Hartmannbund-Konditionen zu profitieren, nutzen Sie bitte immer die **Contract ID 40295733**.

Für weitere Informationen oder um Ihre nächste Fahrt zu buchen, besuchen Sie uns online unter europcar.de.

Wir freuen uns darauf, Sie mobil zu machen. We help to change the way you move!



Das Jahressteuergesetz 2024

Neue Umsatzsteuerregelungen und Rechnungsangaben

So mancher erinnert sich noch an den langen Prozess, bis das Wachstumschancengesetz in Kraft treten konnte. Dies beinhaltete z. B. die Empfangspflicht für E-Rechnungen ab 2025. Doch schon steht ein neues Gesetz vor der Tür: das Jahressteuergesetz 2024.

Kleinunternehmergrenze soll steigen
Ärzte erbringen grundsätzlich steuerfreie Heilbehandlungsleistungen, die den Vorsteuerabzug ausschließen. Umsatzsteuerpflichtig können jedoch Leistungen zur Prävention sein, wenn sie nur den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern, aber keinen unmittelbaren Krankheitsbezug haben. Auch bestimmte Gutachten sind umsatzsteuerpflichtig. Damit hier nicht sofort Umsatzsteuer anfällt, können Ärzte die Kleinunternehmerregelung in Anspruch nehmen. Bisher galten die Umsätze von Kleinunternehmern als nicht umsatzsteuerbar. Ab 2025 sollen diese zwar grundsätzlich steuerbar, aber umsatzsteuerfrei sein. Zusätzlich sollen die maßgeblichen Umsatzgrenzen auf 25.000 Euro Vorjahresumsatz (bisher 22.000

Euro) und 100.000 Euro tatsächlicher Umsatz des laufenden Jahres (bisher 50.000 Euro Umsatzprognose) angehoben werden. Beim Überschreiten der 100.000 Euro-Grenze soll die Umsatzsteuerpflicht sofort und nicht erst ab dem nächsten Jahr bestehen. Die bis zum Zeitpunkt der Überschreitung bewirkten Umsätze bleiben umsatzsteuerfrei.

Vorsteueraufteilung nach Gesamtumsatzschlüssel

Wird die Kleinunternehmerregelung nicht in Anspruch genommen, besteht für die Aufwendungen im Zusammenhang mit den umsatzsteuerpflichtigen Leistungen ein Anspruch auf anteiligen Vorsteuerabzug. Lt. Gesetzentwurf soll im Fall einer Vorsteueraufteilung eine Berechnung der nicht abzugsfähigen Vorsteuern nach dem Gesamtumsatzschlüssel nur dann möglich sein, wenn dieser der einzige mögliche Aufteilungsmaßstab ist. Er ist damit nachrangig zu anderen, präziseren Aufteilungsmethoden.

Neue Pflichtangabe auf Rechnungen
Ab 2026 soll eine neue Rechnungspflichtan-

gabe für den Fall eingeführt werden, dass der Rechnungsaussteller der Ist-Versteuerung unterliegt. In diesem Fall muss der Hinweis „Versteuerung nach vereinnahmten Entgelten“ erfolgen. Beim Leistungsbezug von einem Ist-Versteuerer soll der Vorsteuerabzug für den Leistungsempfänger erst zum Zeitpunkt der Zahlung des Rechnungsbetrags möglich sein, weil auch erst dann die Umsatzsteuer beim Leistenden entsteht. Dies soll auch für Kleinbetragsrechnungen gelten.

Autorin:
Luba Fischer, Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verband aus Frankfurt am Main, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen

Kontakt:
ADVISA
Steuerberatungsgesellschaft mbH
Hanauer Landstraße 123
60314 Frankfurt am Main
advisa-frankfurt-main@etl.de
www.advisa-online.de
Tel: (069) 1540090

Erfolgreiche MFA-Suche:

Herausforderungen meistern und aus Erfahrungen lernen

Die Suche nach qualifizierten Medizinischen Fachangestellten (MFAs) stellt viele Hausarztpraxen vor große Herausforderungen. Der steigende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen verschärft diese Situation zusätzlich. „Bei unserem täglichen Kontakt mit Arztpraxen wird oftmals thematisiert, dass es lange dauert, bis geeignete Bewerbungen eingehen und der Auswahlprozess viel Zeit und Ressourcen in Anspruch nimmt“, so Marcel Willing, Bereichsleiter vom Deutschen Hausarzt Service.

Um die Suche nach geeigneten MFAs erfolgreicher zu gestalten, gibt es einige bewährte Strategien, die Praxen beachten können:

Klar definierte Stellenbeschreibung: Eine detaillierte und präzise Stellenbeschreibung ist der erste Schritt zu einer erfolgreichen Suche. Geben Sie genau an, welche Qualifikationen und Erfahrungen Sie erwarten und welche Aufgaben MFAs übernehmen sollen.

Attraktive Arbeitsbedingungen: Um qualifizierte MFAs anzuziehen, sollten attraktive Arbeitsbedingungen geboten werden. Fle-

xible Arbeitszeiten, ein angemessenes Gehalt, Weiterbildungsmöglichkeiten und Zusatzleistungen wie bspw. Fahrtkostenzuschüsse können entscheidende Vorteile sein.

Nutzen Sie Netzwerke und Plattformen: Schalten Sie Stellenanzeigen nicht nur auf der eigenen Website, sondern nutzen Sie auch spezialisierte Plattformen und Netzwerke. Der Deutsche Hausarzt Service bietet hier bspw. eine hervorragende Reichweite und gezielte Ansprache potenzieller Kandidaten.

Effiziente Bewerberkommunikation: Reagieren Sie zeitnah auf Bewerbungen und halten Sie die Kommunikation mit den Bewerbern transparent und freundlich.

Bewerbungsgespräche strukturiert führen: Bereiten Sie die Bewerbungsgespräche gut vor und führen Sie diese strukturiert durch. Standardisierte Fragen helfen, die Bewerber besser zu vergleichen und fundierte Entscheidungen zu treffen.

Langfristige Bindung durch Integration und Weiterbildung: Bieten Sie neuen Mitarbeitern eine umfassende Einarbeitung und

○ ○ Deutscher
● ○ Hausarzt Service

kontinuierliche Weiterbildungsmöglichkeiten an. Dies fördert die langfristige Bindung an die Praxis und erhöht die Zufriedenheit der MFAs.

„Wir stehen Praxen gerne mit unserer Expertise bei der Suche nach MFA zur Seite. Praxen sparen so deutlich Zeit, da wir die entscheidenden Steps im Recruiting übernehmen“, so Willing. Durch die Kombination dieser Best Practices mit der Unterstützung des Deutschen Hausarzt Service können Praxen die Herausforderungen der MFA-Suche erfolgreich meistern und sicherstellen, dass die Praxis optimal aufgestellt ist, um sich auf das Wesentliche zu konzentrieren – die Versorgung der Patienten.

Für weitere Informationen besuchen Sie den Deutschen Hausarzt Service auf deutscherhausarzt-service.de.

Marcel Willing, Bereichsleiter des Deutschen Hausarzt Service



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*

Praxis und Praxisstz für Psychiatrie und Psychotherapie im Westerwald zum 31.12.2025 abzugeben

Ich möchte meine seit dem 02.04.2009 bestehende Praxis und den ganzen Praxisstz Psychiatrie und Psychotherapie in Altenkirchen (Westerwald) aus Altersgründen zum 31.12.2025 abgeben:

Es handelt sich um eine Einzelpraxis mit 120 qm, 3 sehr hellen Behandlungsräumen, der großzügigen Empfang, dem Wartezimmer, einem Sozialraum mit voll eingerichteter Küche, Patiententoilette, Personaltoilette mit Dusche, sowie einer Terrasse. Die vorhandenen Räumlichkeiten können samt Ausstattung übernommen werden. In der Stadt Altenkirchen und im Landkreis bin ich der einzige Psychiater mit einer kassenärztlichen Zulassung. Eine Erweiterung der Patientenzahlen wäre jederzeit möglich gewesen. Die Praxis steht ab dem 01.01.2026 zur Verfügung.

Altenkirchen als kleine Kreisstadt befindet sich mitten im schönen Westerwald und einem großen Landkreis als Einzugsgebiet. Es ist über Bus und Bahnhof an öffentliche Verkehrsmittel gut angebunden. Zur Praxis gehört ein Parkplatz. Außerdem findet sich auch direkt am Gebäude ein großer öffentlicher Parkplatz. Eine Apotheke befindet sich ein Haus weiter. Die Praxis grenzt direkt an die Fußgängerzone.

2 freundliche, sehr erfahrene, loyale, motivierte und gut eingearbeitete Medizinische Fachangestellte arbeiten sehr gut mit mir zusammen. Es besteht ein behindertengerechter Zugang mit Aufzug zu der im 1. Stock gelegenen Praxis. Die EDV-Praxissoftware und Telematikinfrastruktur erfüllt alle von der KV gestellten Anforderungen. Als Praxissoftware ist das für Psychiater und Psychotherapeuten entworfene Psyprax sehr preisgünstig und funktional.

Bei Interesse bitte unter folgendem Kontakt: martin.bernd.hugo.ulmer@web.de

Praxisräume in 34626 Neukirchen (Schwalm-EderKreis) zu vermieten

Vermiete ab sofort meine Praxisräume in 34626 Neukirchen (Schwalm-Eder-Kreis). Die Stadt Neukirchen liegt im Knüll, 10km von Schwalmstadt und 16km von Alsfeld entfernt. Wunderschöne Rad- und Wanderwege gehen direkt von Neukirchen ab. Näheres unter www.neukirchen.de

Die Praxisräume eignen sich gut für Allgemeinmedizin, HNO, Augenheilkunde oder Dermatologie. Erdgeschoss 170m², Keller 45m², Parkplätze direkt vor der Praxis, 3 Behandlungsräume (18, 13 und 10m²). Bis auf die Anmeldung sind die Räume leer. Netzwerkverkabelung mit DSL in jedem Zimmer. 4 Toiletten.

Bei Interesse bitte E-Mail an: dr.fabritz@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.

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.



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 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

Mehr Praxisumsatz, mehr freie Zeit? Tag der Privatmedizin: Mit Innovationsimpulsen ins Ziel



Die Privatbehandlung ist der Schlüssel für Ihre individuelle Praxisentwicklung: Ob gezielte Erweiterung des Patientenkreises oder des Behandlungsspektrums, spezielle Wachstumsziele oder einfach mehr frei verfügbare Zeit, um sich wieder um die Patienten statt um überbordende Administration zu kümmern. Mit den richtigen Schritten lassen sich in jeder niedergelassenen Praxis entscheidende Stellschrauben zum Vorteil verändern.

Schon zum sechsten Mal präsentiert der Privatärztliche Bundesverband PBV nicht nur seinen Mitgliedern, sondern allen Niedergelassenen auf dem Tag der Privatmedizin innovative Impulse, mit denen die Privatbehandlung in jeder Praxis zum Motor für angestrebte Praxisziele wird. Zuspruch findet der Kongress daher auch von Praxen, denen über die Kassenmedizin hinaus der Privatumsatz wichtig ist.

Und gezielt dafür bietet der Kongress gleich mehrere Möglichkeiten, der eigenen Praxisentwicklung besondere Dynamik zu verleihen:

Im **Plenum** geben ausgewiesene Experten geprüfte Empfehlungen, wie administrative Entlastung wirklich gelingen oder sogar der eigene Schlaf zum entscheidenden Erfolgsfaktor werden kann. Bei den **Workshops** haben Teilnehmer die Qual der Wahl zwischen medizinischen Behandlungskonzepten, Expertenwissen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit bis zu bewährten Klassikern der GOÄ-Tipps und der Niederlassung ohne Kassensitz des PBV. Einzigartig ist die vom PBV handverlesene Auswahl von Praxisimpulsen im **Innovationsforum**: 14 Aussteller präsentieren neue Angebote für Diagnostik, Therapie und wirtschaftliche Praxisführung.

Mit TSP-Schwerpunkten erfolgreich!

Im Rahmenprogramm zum Kongress runden drei zertifizierte **Tätigkeitsschwerpunkt-Fortbildungen** zu den Themen Longevity/Well-Aging, Männergesundheit und Checkup-Medizin mit renommierten Referenten das Angebot ab.

Info/Anmeldung: www.tag-der-privatmedizin.de/tsp-fortbildung

Und natürlich darf an einem solchen Tag auch der Blick auf die aktuelle Entwicklung rund um die GOÄ nicht fehlen: Neben weiteren namhaften Vertretern aus dem Gesundheitswesen wird Dr. Klaus Reinhardt die Kongressteilnehmer persönlich zum Stand der Dinge und dem konkreten Erwartungshorizont informieren.

Kurzum: Dieser außergewöhnliche Kongresstag bietet jedem Praxisverantwortlichen, praktische Ansätze, die gleich am folgenden Montag in die Praxis umgesetzt werden können. Um die eigenen Praxisziele – wie immer diese aussehen – schneller und effizienter zu erreichen. **Tickets** gibt es **für Mitglieder des Hartmannbundes zum ermäßigten Preis!**

Info/Anmeldung: www.tag-der-privatmedizin.de



Hilfe für Arztkinder

Kollegiale Hilfe in Notsituationen Jede Spende zählt!

Wir helfen:

- Kindern in Not geratener Ärztinnen und Ärzte
- Halbwaisen und Waisen aus Arztfamilien
- Ärztinnen und Ärzten in besonderen Lebenslagen

Die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ setzt sich seit über 60 Jahren für die Kolleginnen und Kollegen und ihre Familien ein. Seien Sie dabei und helfen auch Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe aufrecht zu erhalten.

Weitere Informationen zur Unterstützung und zur Online-Spende unter www.hartmannbund.de

Spendenkonto der Stiftung:

Deutsche Apotheker und Ärztebank eG Düsseldorf
IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42
BIC DAAEDEDXXX



Hartmannbund-Stiftung
Ärzte helfen Ärzten



Mehr ist
möglich

Investieren Sie Geld – nicht Ihre Zeit.

Kümmern Sie sich um das, was Ihnen wichtig ist.
Und wir uns um Ihre Geldanlage.

▷ apobank.de/vermoegensverwaltung

 apoBank

Bank der Gesundheit