

DAS VERSCHENKTE POTENZIAL

**GESUNDE ERNÄHRUNG
VORSORGEUNTERSUCHUNGEN
NICHT RAUCHEN
KEIN ALKOHOL
SPORTLICH
AKTIV**

**SUPER-
POWER
PRÄVENTION**

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

Editorial



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

liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

es ist ein gut eingespieltes Ritual und insofern wird es auch die neue Gesundheitsministerin kaum überrascht haben, dass auch dieses Mal unzählige mit Erwartungshaltungen, Ratschlägen und Forderungen gespickte Begrüßungsschreiben – erwartungsfroh, gut gemeint oder mahnend – schon auf ihrem Schreibtisch lagen, bevor sie vereidigt war, geschweige denn ihre neue Wirkungsstätte zum ersten Mal betreten hatte.

Ja, Vieles ist in der Schwebe. Notwendige Korrekturen an der Krankenhausreform, ein angekündigtes Primärarztsystem, die Sanierung der GKV-Finzen und Manches mehr muss in Angriff genommen werden. Die Herausforderungen sind vielfältig und groß. Und viel Zeit ist nicht. Aber, wenn wir es ernst meinen mit unserer Forderung, zu all diesen brennenden Fragen unsere Expertise einbringen zu wollen, wenn wir mitreden möchten, dann braucht das eben ein Quäntchen mehr Zeit, als wenn die Dinge, an uns vorbei, vom Minister-Schreibtisch herab entschieden werden.

Es ist gut, dass Frau Warken mit klaren Vorstellungen, aber nicht im Detail festgelegt, pragmatisch an ihre neue Aufgabe herangeht. Meine ersten Gespräche mit ihr haben mich jedenfalls zuversichtlich gemacht, dass wir gehört werden sollen. Sollte sich das bewahrheiten, dann müssen wir in der Lage sein zu liefern. Pragmatisch und konstruktiv. Es wird nicht reichen zu sagen, was wir nicht wollen und was nicht geht, sondern müssen vermitteln, wie es aus unserer Sicht gehen könnte. Auf diesen Weg sollten sich Verbände und Selbstverwaltung gemeinsam machen. Wenn wir dabei nicht aus den Augen verlieren, dass es der Gesundheitsministerin am Ende natürlich um die Sicherstellung einer bezahlbaren, flächendeckenden hochwertigen Versorgung der Bevölkerung geht, dann haben wir gute Chancen ihr deutlich zu machen, dass dies ohne die Akteure im Gesundheitswesen nicht gehen wird.

Eine Mammutaufgabe, für die es einen langen Atem braucht, und ohne all die anderen Anstrengungen im Gesundheitswesen zu großen Teilen verpuffen werden, ist das Thema Prävention. Hier offenbaren sich immer deutlicher die über Jahrzehnte verschuldeten Versäumnisse. Wir werden diese nicht aufholen können, aber umso weniger dürfen wir – als gesamte Gesellschaft – Prävention weiter als Phänomen am Wegesrand betrachten. Es liegt nämlich tonnenschwer mittendrauf.

Mit freundlichen Grüßen,

Klaus Reinhardt

Dr. Klaus Reinhardt



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

Inhalt



Verschenktes Potenzial – das lange Warten auf die Präventionswende

Krankheiten vermeiden, das Leben verlängern und gleichzeitig die Lebensqualität verbessern – schon auf individueller Ebene verspricht Prävention einen großen Nutzen. Auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, dem Fachkräftemangel und der steigenden Zahl von chronischen Erkrankungen ist klar: Die Krankheitslast und die Versorgungsbedarfe werden zunehmen. Es muss sich etwas ändern, um das Gesundheitssystem zu stabilisieren und die Kosten nicht weiter ansteigen zu lassen. Kann eine Neuausrichtung mit Prävention gelingen? Das Potenzial ist da, bei der Umsetzung besteht in Deutschland noch Nachholbedarf. Denn Präventionsmaßnahmen sind nicht per se wirksam. Es braucht eine durchdachte Strategie, die konsequent umgesetzt wird. Ein Blick auf die aktuelle Situation in Deutschland und was es in Zukunft bräuchte, um das Präventionspotenzial wirklich heben zu können.

6

26

Regenzeit, Stromausfall und Rebellen vor der Tür

Mein Einsatz für Kinderherzen als
Pflegerin und
Medizinstudentin in Burundi



30

Ein kleines Portrait von Bundesgesundheits- ministerin Nina Warken

Wer ist „die Neue“?



31

Frauenanteil stagniert im Bereich der Führungspositionen

Geschlechterverteilung in der
Medizin im Wandel

32

Zentrale Gesetze: Ärzteschaft ist besonders betroffen

Koalitionsvertrag zur
Gesundheit und Pflege



36

Ärztliche Patientensteuerung in der ambulanten Versorgung

Ringen um die optimalen Regelungen



38

Wenn Einsamkeit krank macht

Neue Wege aus der Isolation

40

Turbo-Start mit komplexen Anforderungen

Erste Gesetzgebungen auf den
Weg gebracht

40 HB-Intern

41 Service Kooperationspartner

48 Ansprechpartner

49 Kleinanzeigen

50 Impressum

Es fehlt an Vernunft, Wissen, Strategie und Vernetzung

Verschenktes Potenzial

Krankheiten vermeiden, das Leben verlängern und gleichzeitig die Lebensqualität verbessern – schon auf individueller Ebene verspricht Prävention einen großen Nutzen. Auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, dem Fachkräftemangel und der steigenden Zahl von chronischen Erkrankungen ist klar: Die Krankheitslast und die Versorgungsbedarfe werden zunehmen. Es muss sich etwas ändern, um das Gesundheitssystem zu stabilisieren und die Kosten nicht weiter ansteigen zu lassen. Kann eine Neuausrichtung mit Prävention gelingen? Das Potenzial ist da, bei der Umsetzung besteht in Deutschland noch Nachholbedarf. Denn Präventionsmaßnahmen sind nicht per se wirksam. Es braucht eine durchdachte Strategie, die konsequent umgesetzt wird. Ein Blick auf die aktuelle Situation in Deutschland und was es in Zukunft bräuchte, um das Präventionspotenzial wirklich heben zu können.

Eine Stadt so groß wie Göttingen oder Wolfsburg stirbt (deswegen) jedes Jahr in Deutschland. Diesen bildhaften Vergleich zog der BKK-Dachverband Anfang des Jahres in einer Pressemitteilung mit Forderungen zur Bundestagswahl, um auf hiesige unzureichende gesundheitliche Prävention hinzuweisen. Denn nach EU-Berechnungen sollen in Deutschland aus diesem Grund jährlich 124 000 Menschen sterben – etwa so viele, wie jeweils in den eingangs erwähnten Städten leben. Diese Sterbefälle seien vermeidbar, würden alle Möglichkeiten zur Prävention und Gesunderhaltung ausgeschöpft, betont der BKK-Dachverband und fordert eine Abkehr vom Gesundheitswesen als Reparatursystem, in dem die Gesunderhaltung lediglich ein Nischendasein friste. Untermauert wird dies von Zahlen: Pro versicherte Person haben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2023 insgesamt 4 126,01 Euro ausgegeben, für Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen im Sinne des Sozialgesetzbuchs waren es 8,49 Euro. Ein ähnliches Bild ergebe sich, wenn die Gesamtausgaben für Prävention in der GKV betrachtet würden: 2023 betrug der Anteil der Ausgaben für Prävention rund drei Prozent der gesamten Leistungsausgaben. Der BKK-Dachverband attestiert der Politik einen fehlenden Drive, das Thema Prävention und Gesundheit in den politischen Fokus zu rücken und gesamtgesellschaftlich eine größere Bedeutung zukommen zu lassen, ebenso die Gesundheit in allen Politikfeldern zu integrieren.

Risikofaktor Lebensstil

Wie kann mehr Prävention dabei helfen, Todesfälle zu verhindern? Als weltweite Todesursache Nummer Eins gelten nichtübertragbare Krankheiten. In Deutschland sind etwa 90 Prozent der

SUPER-POWER PRÄVENTION

Sterblichkeit darauf zurückzuführen. Außerdem verringern nicht-übertragbare Krankheiten die gesunde Lebenszeit deutlich. Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind die vier wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Typ-2-Diabetes und chronisch obstruktive Lungenerkrankung. So sehr sich diese Krankheiten voneinander unterscheiden, so haben sie doch etwas gemeinsam: Risikofaktoren, die mit dem Lebensstil zusammenhängen und grundsätzlich vermeidbar oder zumindest durch gezielte Maßnahmen beeinflussbar sind. Das sind Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung sowie Bewegungsmangel. Auf diese sollen vier von zehn Todesfällen in Deutschland zurückgehen. Während diese Risikofaktoren durch Verhaltensänderungen verringert werden können, wird beim „tödlichen Quartett“ bestehend aus Diabetes, Bluthochdruck, Übergewicht und erhöhten Blutfettwerten auch auf eine medikamentöse Therapie gesetzt. Risikofaktoren begünstigen das Entstehen von nichtübertragbaren Krankheiten. Durch kluges Gegensteuern könnte an dieser Stelle also ein großer Teil der Krankheitslast vermieden werden. Mit der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung formulierten die Vereinten Nationen (UN) 17 Zukunftsziele, die von allen Mitgliedsstaaten mitgetragen werden. Dazu zählt unter anderem, bis 2030 mit Hilfe von Prävention und einer verbesserten Behandlung die vorzeitige Sterblichkeit durch nichtübertragbare Krankheiten um ein Drittel zu reduzieren.

In Deutschland wird dabei vorrangig versucht, durch Informationskampagnen und Projekte das Verhalten von einzelnen Personen oder bestimmten Zielgruppen zu verändern. Mit diesem als Verhaltensprävention bezeichneten Ansatz war man bislang mäßig erfolgreich. Das zeigt auch eine Studie von Wissenschaftler:innen des Robert Koch-Instituts (RKI), die im März dieses Jahres im Journal of Health Monitoring veröffentlicht wurde. Die bedeutendsten Risikofaktoren bei Erwachsenen in Deutschland sind Rauchen und ein erhöhter Body-Mass-Index (BMI). Diese führen zu einer hohen Krankheitslast

und aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen zu einer verringerten Lebenszeit. Zwei Ziele der Agenda 2030 lauten: den Anstieg der Adipositasquote von Jugendlichen und Erwachsenen dauerhaft zu stoppen und die Rauchendenquote in der erwachsenen Bevölkerung auf 19 Prozent zu senken. Unter dem Titel „Verbreitung von Adipositas und Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland – Entwicklung von 2002 bis 2023“ analysierten die Autor:innen Daten telefonischer Gesundheitssurveys sowie der Befragungsstudie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ des RKI und beschrieben die aktuelle Situation.

Seit 2002 wurden verschiedene Maßnahmen eingeführt, um das Rauchen in der Bevölkerung zu reduzieren. Dazu zählen unter anderem Tabaksteuererhöhungen, Werbe- und Abgabebeschränkungen, Nichtraucherschutzgesetze und Warnhinweise auf Tabakverpackungen. Gleichzeitig wurden auch individuelle Maßnahmen angeboten wie die Unterstützung beim Rauchstopp durch Medikamente und Verhaltenstherapien. Beim Thema Adipositas hingegen richten sich die Präventionsmaßnahmen ausschließlich an einzelne Personen und auf ihr Verhalten, auf Appelle für eine gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung statt beispielsweise Steuern auf Lebensmittel mit hohem Zuckergehalt oder aber eine reduzierte Mehrwertsteuer für unverarbeitete Lebensmittel einzuführen. Insgesamt kommen die Autor:innen zu dem Schluss, dass die bisherigen Präventionsmaßnahmen in Deutschland unzureichend waren. Während die Adipositasprävalenz innerhalb von zehn Jahren stetig angestiegen ist (siehe auch Artikel auf Seite 24), ist die Rauchprävalenz zwar von 32,1 Prozent auf 28,8 Prozent gesunken, verfehlt aber dennoch deutlich das erklärte Zukunftsziel. Da keine weiteren tabakkontrollpolitischen Maßnahmen geplant seien, sei davon auszugehen, dass sich bei der Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung auch auf absehbarer Zeit keine Veränderungen zeigen werde.

Um Prävention nachhaltig zu gestalten und damit wirksam das Neuauftreten von nichtübertragbaren Krankheiten zu verringern, sollte zur Verhaltensprävention zusätzlich auf Verhältnisprävention gesetzt werden. Aus Fachkreisen heißt es übereinstimmend: Prävention muss nicht nur individuelle, sondern auch gesellschaftliche Verantwortung umfassen. Es braucht zusätzlich eine Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, um einen gesunden Lebensstil für alle zu erleichtern und zu fördern, so empfehlen es auch UN und WHO. Strukturelle Faktoren wie Armut und schlechtere Bildung müssen bei den Präventionsmaßnahmen – anders als bisher – deshalb berücksichtigt werden, um gesundheitliche Chancengleichheit für alle Bevölkerungsschichten zu gewährleisten. Denn Menschen, die Präventionsmaßnahmen am ehesten benötigen würden, werden momentan oft gar nicht erreicht. Wie die neue Bundesregierung dieses Thema angehen wird, bleibt abzuwarten. Im Koalitionsvertrag wird Prävention zwar erwähnt, aber neue Impulse sind nicht erkennbar. Es heißt lediglich, dass Krankheitsvermeidung, Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle spielen und Menschen, insbesondere Kinder, zielgruppenspezifisch, strukturiert und niederschwellig angesprochen werden sollen. Zudem sollen bestehende U-Untersuchungen erweitert und das Einladewesen für alle weiterentwickelt sowie freiwillige Angebote auf kommunaler Ebene gestärkt werden, die vulnerable Gruppen in den Blick nehmen.

Deutschland raucht weiter

Mit der Unterzeichnung und Ratifizierung des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs im Jahr 2004 verpflichtete Deutschland sich, die darin festgelegten Maßnahmen umzusetzen. Die Tabakkontrollmaßnahmen wurden allerdings nur zögerlich eingeführt. Auf der Europäischen Tabakkontrollskala, mit der die Umsetzung von Tabakkontrollmaßnahmen in Europäischen Ländern miteinander verglichen werden, ist Deutschland Schlusslicht. 2021 wurde deshalb eine Blaupause für eine verbindliche Tabakpräventionsstrategie vorgelegt. An der „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040“ waren 52 Gesundheits- und zivilgesellschaftliche Organisationen unter Federführung des Deutschen Krebsforschungszentrums beteiligt. Das Ziel: Im Jahr 2040 sollen in Deutschland weniger als fünf Prozent der Erwachsenen und weniger als zwei Prozent der Jugendlichen Tabakprodukte oder E-Zigaretten konsumieren. Dafür wurden zehn Maßnahmen empfohlen. Unter anderem: jedes Jahr die Tabaksteuern deutlich erhöhen, Werbung für Tabak und verwandte Produkte vollständig verbieten und standardisierte Verpackungen einführen, wirksam vor Passivrauchen schützen und vollständig tabakfreie Lebenswelten schaffen sowie politische Entscheidungen wirksam vor der Beeinflussung durch Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten schützen.

Nach aktueller Studienlage scheinen die Zahlen der Raucher:innen zu stagnieren. Im Mai meldete die KKH Kaufmännische Krankenkasse jedoch, dass der exzessive Konsum von Tabak weiter zugenommen hat. Von 2013 bis 2023 sei die Zahl der Tabaksüchtigen um 47,5 Prozent gestiegen. Laut KKH-Hochrechnung wurden 2023 bundesweit rund sechs Millionen Menschen wegen Tabakabhängigkeit, Entzugserscheinungen, eines akuten Tabakrauchs oder weiterer psychischer Probleme aufgrund von Tabak ärztlich behandelt. Fast ein Viertel dieser exzessiven Raucher (22,8 Prozent) war zu diesem Zeitpunkt auch an einer COPD erkrankt. Zehn Jahre zuvor waren es 19,5 Prozent.

Koalition hinter Erwartungen zurück

Damit bleibt die neue Bundesregierung weit hinter den Erwartungen vieler Akteur:innen im Gesundheitswesen zurück. Gesundere Ernährung in Kitas und Schulen, mehr Schulsport, um die Bewegung bei Kindern und Jugendlichen zu fördern, Werbebeschränkungen für Lebensmittel mit zu viel Zucker, Fett und Salz, die sich direkt an Kinder richten, eine Herstellerabgabe auf zucker- gesüßte Getränke oder eine Mehrwertsteuerbefreiung gesunder Lebensmittel – das alles wurde von Ärzt:innen, Fachgesellschaften und Institutionen in großer Übereinstimmung vor der Bundestagswahl gefordert. In den Koalitionsvertrag hat es nichts davon geschafft. „Die neue Bundesregierung riskiert damit, eine zentrale Stellschraube zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit und zur Verringerung der Krankheitslast sowie einer langfristigen Reduktion der Gesundheitskosten ungenutzt zu lassen“, kommentierte das Barbara Bitzer, Sprecherin der Deutschen Allianz Nichtübertragbarer Krankheiten (DANK) und Geschäftsführerin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Allein Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum verursachten jedes Jahr Kosten von mehr als 200 Milliarden Euro. Vor der Wahl hatte DANK einen Sechs-Punkte-Plan für eine Präventionswende vorgelegt, um die Gesundheit zu sichern und damit auch die Wirtschaft zu stärken.

Auch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg), der Dachverband der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene, hatte im Januar ein Policy Paper mit dem Titel „Herausforderungen und Chancen zur Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in der 21. Legislaturperiode“ veröffentlicht. Darin wurden Empfehlungen

gegeben, die sich auf vier Schwerpunkte beziehen, die alle in einem wechselseitigen Zusammenhang stehen. Die neue Regierung sollte erstens gesundheitliche Chancengerechtigkeit in den Mittelpunkt der Politik stellen und solche Rahmenbedingungen schaffen, die allen Bürger:innen einen gleichberechtigten Zugang zu evidenzbasierter Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung ermöglichen. Zweitens müssten Bewegung, Sport und Gesundheit gefördert werden, weil viele Menschen heute die WHO-Empfehlung von 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche nicht schaffen. Drittens müssen Klimawandel und Gesundheit sowie viertens die psychische Gesundheit mehr in den Fokus gerückt werden. „Gesundheit entwickelt sich im Alltag. Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist notwendig, um individuelle Gesundheitschancen zu erhöhen und um die Versorgungsstrukturen zu entlasten. Dafür muss Gesundheit gemäß des „Health in and for All Policies-Ansatzes“ als integraler Bestandteil aller politischen Entscheidungen verankert werden. Bei Gesetzesvorhaben sind Gesundheitsfolgenabschätzungen, sogenannte Health Impact Assessments, unerlässlich. Gleichzeitig ist eine sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen notwendig, um eine vernetzte und wirksame Gesundheitsförderung über alle Lebensphasen hinweg zu gestalten“, beschreibt BVPg-Präsidentin Dr. Kirsten Kappert-Gonthier die Schritte, die nötig wären, um Prävention in Deutschland voranzubringen. „Make the healthy choice the easy choice, das erreichen

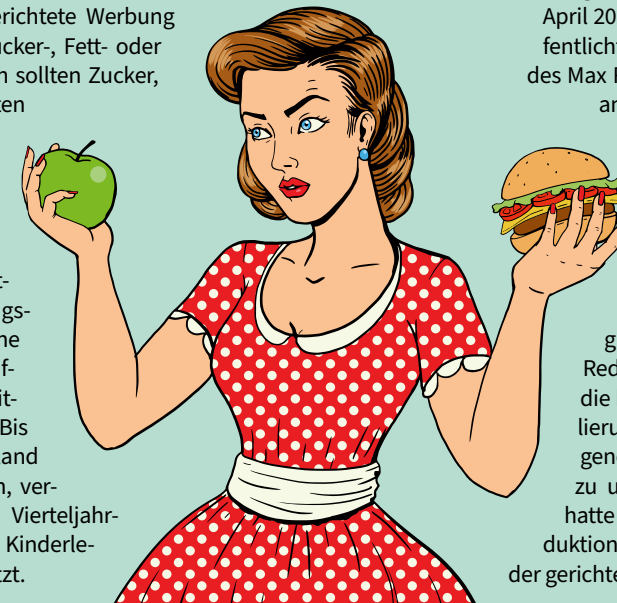
wir durch die gezielte Stärkung der Verhältnisprävention, wie beispielsweise des Alkoholverbotes und einer Zuckersteuer.“



Gesunde Ernährung hat einen schweren Stand

Ein Ernährungsmuster mit einem hohen Anteil an stark verarbeiteten Lebensmitteln, die viel Zucker, Fett und Salz enthalten, wird heute als ein Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen wie Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Typ-2-Diabetes angesehen. Auf Datenbasis der Nationalen Verzehrstudie II wurde berechnet, dass Anfang der 2000-er Jahre in Deutschland bereits mehr als die Hälfte der täglichen Gesamtenergiezufuhr von Erwachsenen aus stark verarbeiteten Lebensmitteln stammte. Im Vergleich zu Gemüse, Obst oder Nüssen sind stark verarbeitete Lebensmittel relativ preiswert. Eine konsequente Strategie, wie in Deutschland gesunde Ernährung gefördert werden kann, besteht noch nicht. Die bisherigen Ansätze waren nur bedingt erfolgreich.

Im Januar 2024 wurde die Ernährungsstrategie der damaligen Bundesregierung „Gutes Essen für Deutschland“ beschlossen. Darin wurde festgestellt, dass eine entscheidende Voraussetzung für gute Ernährung die Verbesserung von Ernährungsumgebungen sei. Häufig seien die Rahmenbedingungen so gestaltet, dass es Menschen nur mit großem Aufwand möglich ist, sich gesund zu ernähren. Und: Ungesunde Ernährung werde in Deutschland mit 14 Prozent aller Todesfälle in Verbindung gebracht. Mit der Ernährungsstrategie soll erreicht werden, dass sich bis 2050 alle Verbraucher:innen so einfach wie möglich gut ernähren können – unabhängig von Herkunft, Bildung und Einkommen. Es wurde betont, dass der Verhältnisprävention eine zentrale Bedeutung zukommt, um Ernährungsumgebungen zu schaffen, die eine gesunde Ernährung einfach und attraktiv machen. Als Ziele wurden genannt, an Kinder gerichtete Werbung für Lebensmittel mit hohem Zucker-, Fett- oder Salzgehalt zu unterbinden. Auch sollten Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten reduziert und mehr Transparenz für Verbraucher:innen zu verpackten Lebensmitteln durch Kennzeichnungen ermöglicht werden. Die Ernährungsstrategie wurde stark kritisiert, wesentliche Lenkungs- und Finanzierungsmöglichkeiten wie steuerliche Maßnahmen wurden nicht aufgegriffen. Zudem wurde die Zeitspanne als zu lang gewertet: Bis sich alle Menschen in Deutschland gesund ernähren können sollen, vergeht laut Zielsetzung noch ein Vierteljahrhundert. Das Werbeverbot für Kinderlebensmittel wurde nicht umgesetzt.



Der Nutri-Score zählt zu den wenigen gesetzlichen Maßnahmen, die im weitesten Sinne die Vermeidung von Adipositas adressieren. Die Kennzeichnung auf verpackten, verarbeiteten Lebensmitteln soll es Konsument:innen erleichtern, die Nährwertzusammensetzung eines Lebensmittels innerhalb einer Produktgruppe zu vergleichen und eine Wahl für ein Lebensmittel mit einer günstigen Nährwertkennzeichnung zu treffen. 2020 wurde die Kennzeichnung auf freiwilliger Basis eingeführt. Bemühungen, die Kennzeichnung verpflichtend einzuführen, scheiterten. Im vergangenen Jahr wurde von Wissenschaftler:innen die Berechnungsgrundlage für den Nutri-Score aktualisiert. Zum Beispiel werden Zucker und Salz nun strenger und Süßstoffe in verarbeiteten Lebensmitteln negativ bewertet. Einige Lebensmittelkonzerne überlegten zu diesem Zeitpunkt, den Nutri-Score nicht mehr auf ihren Produkten anzugeben oder hatten sich bereits gegen die freiwillige Kennzeichnung entschieden.

Die Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie (NRI) für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten wurde im Dezember 2018 vom Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat verabschiedet. Es ist eine Grundsatzvereinbarung zwischen Politik und Lebensmittelwirtschaft. Darin erkennt die Lebensmittelwirtschaft an, Teil einer Lösung zu sein, um eine ausgewogene Energiebilanz und Verbesserung der Nährstoffversorgung der Bevölkerung zu erreichen. Auf freiwilliger Basis sollten sich Lebensmittelunternehmen um Strategien bemühen, ihre Produkte mit weniger Zucker, Fett oder Salz herzustellen. Im April 2024 wurde ein NRI-Zwischenbericht veröffentlicht. Die Ergebnisse des Produktmonitorings des Max Rubner-Instituts zeigen, dass die Gehalte an Zucker, Fett und Salz in einigen Lebensmittelgruppen zwar reduziert wurden, sie in vielen Produkten allerdings weiterhin zu hoch sind. Teilweise haben die Anstrengungen der Lebensmittelwirtschaft sogar nachgelassen oder sind zum Stillstand gekommen. Innerhalb der einzelnen Lebensmittelgruppen gibt es zum Teil noch erhebliche Reduktionspotenziale. Insgesamt reichen die bislang durchgeführten Produktreformulierungen noch nicht aus, um eine ausgewogene Ernährung im erforderlichen Umfang zu unterstützen. Die Lebensmittelwirtschaft hatte sich verpflichtet, bis 2025 bestimmte Reduktionsziele zu erreichen, vor allem für an Kinder gerichtete Produkte.

Mehr Prävention wagen

Für mehr Verhältnisprävention spricht sich auch die Ärzteschaft aus. Auf dem 129. Ärztetag in Leipzig lautete ein Leitantrag „Mehr Prävention wagen“. Darin wird die Umsetzung kosteneffektiver Maßnahmen gefordert. Dazu zählen eine herstellergetragene Zuckersteuer, eine höhere Besteuerung von Alkoholika, eine weitere Erhöhung der Tabaksteuer und ein Verbot von Lockangeboten für Alkoholika und Nikotinpräparate sowie Junkfood. Dadurch soll die Primärprävention gestärkt werden, um nicht mehr so viele Res-

ourcen für die kostenintensive Sekundär- und Tertiärprävention aufwenden zu müssen. Mit einem weiteren Beschluss wird die Bundesregierung aufgefordert, das sogenannte Kinder-Lebensmittel-Werbegebot umzusetzen. Dieses sieht vor, Werbung von Kinderlebensmitteln, deren Nährwerte für Zucker, Fett und Salz die von der WHO empfohlenen Richtwerte überschreiten, in Zukunft strikt zu regulieren. Inwieweit das alles umgesetzt wird, ist unklar. Der erhofften Präventionswende scheint man in der neuen Legislaturperiode noch nicht nähergekommen zu sein.

Viele Potenziale von Prävention bleiben noch ungenutzt

„An vielen Stellen fehlt ein gemeinsamer Weg und Wille“

Bessere Zusammenarbeit zwischen den zahlreichen Akteur:innen, mehr Mut und gern auch einen Doppel-Wumms – damit Prävention stärker und zielgerichteter wirken kann, muss sich an den aktuellen Strukturen unseres Gesundheitssystems und der politischen Rahmenbedingungen einiges ändern. Welche Hürden zunächst überwunden werden müssen und warum sich das lohnen würde, hat Prof. Dr. Hajo Zeeb, Leiter der Abteilung Prävention und Evaluation des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie, im Interview mit dem Hartmannbund Magazin erläutert.

Seit Jahren wird der Begriff Prävention fast wie ein Allheilmittel betrachtet – die Menschen sollen dadurch gesünder, das Gesundheitssystem entlastet und viele Gesundheitsausgaben eingespart werden. Wie sieht das in der Realität aus?

Prof. Dr. Hajo Zeeb: Es ist an vielen Stellen ganz offensichtlich, dass der Bereich Prävention und Gesundheitsförderung einer Stärkung bedarf. Ich beobachte eine erstaunliche Diskrepanz zwischen den öffentlichen Bekenntnissen zu mehr Prävention und zu dem, was tatsächlich umgesetzt wird. Da passiert aus meiner Sicht zu wenig, gerade auch strukturell. Den Bemühungen fehlt es teilweise an Emphase. Sie sind mit zu wenig Doppel-Wumms ausgestattet, wenn ich hier einmal den ehemaligen Kanzler zitieren darf. Da bräuchte es mehr.

Was macht es so schwer, Prävention tatsächlich wirksam umzusetzen?

Wir haben sehr viele Akteur:innen und Akteure, die sich um Prävention bemühen. Das ist zunächst positiv. Aber das stellt auch eine Hürde dar. Denn die Zusammenarbeit dieser vielen Akteur:innen und Akteure über die verschiedenen Organisationsstrukturen – auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene – hinweg ist nicht gut. Es ergeben sich Doppelstrukturen und ein gemeinsamer Weg und Wille fehlt an vielen Stellen. Das ist tatsächlich eine der Schwächen, die wir in Deutschland haben. Wir bräuchten eine stärkere gemeinsame Strategie, die Ziele für die nächsten Jahre konkreter ausarbeitet und zu der sich viele Menschen und Institutionen bekennen. Bisher

fehlte es auch an einer zentralen Institution oder meinetwegen an einem schlagkräftigen Netzwerk von Institutionen, die als eine Art Nationales Public Health-Institut Orientierung in diesem Bereich geben und mit den zuständigen Stellen auf Bundeslandebene zusammenarbeiten. Ich glaube, da liegt eine ganz große Krux, die wir noch nicht geregelt haben. Das ist aber wichtig, auch als Signal, um zu zeigen: Hier passiert etwas und das wird unser Gesundheitssystem verändern, über die nächsten Jahre und Jahrzehnte.

Glauben Sie, dass hier mit der neuen Bundesregierung neue Akzente gesetzt werden?

In der letzten Legislaturperiode gab es eine Reihe von Bemühungen, darunter auch das „Gesetz zur Errichtung eines Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit“. Einiges davon wurde gestoppt, bevor es tatsächlich zur Verabschiedung kam. Da werden wir jetzt sehen, wie es damit weitergeht. Im Moment ist es eher undurchsichtig, wie weit die Orientierung der neuen Regierung in diese Richtung geht und welche nächsten Schritte dahingehend gemacht werden. Aber es ist klar, dass wir weiter darauf hinweisen werden, wie wichtig eine gemeinsame Strategie ist, die das Thema Prävention mit weiteren Bereichen wie Klima und Gesundheit verbindet.

Bisher fehlte es auch an einer zentralen Institution oder meinetwegen an einem schlagkräftigen Netzwerk von Institutionen, die als eine Art Nationales Public Health-Institut Orientierung in diesem Bereich geben und mit den zuständigen Stellen auf Bundeslandebene zusammenarbeiten.



Foto: Patrick Pollmeier

Es wäre super, wenn man im präventiven Bereich sagen könnte: Sie sind noch nicht krank und haben noch keine große Problematik mit dem Rauchen oder dem Übergewicht – aber wir bieten Ihnen eine DiGA an, damit Sie genau das verhindern können. So etwas haben wir bisher noch nicht.

In welchen Ländern läuft es denn schon besser?

Wir können zum Beispiel nach Großbritannien schauen. Dort hat man es geschafft, im Bereich des Rauchens, was ein wichtiger Gesundheitsfaktor ist, über die vergangenen Jahre eine sehr konsistente Strategie zu erarbeiten. Dort gibt es eine starke Politik, die nachweislich dazu führt, dass Rauchen gerade bei jungen Menschen zurückgeht. Das erklärte Ziel ist eine rauchfreie Generation. Genauso kann man auch nach Dänemark schauen, wo die Datenflüsse viel besser und schneller sind. Dort können mit Daten auch gut politische Aktivitäten in Bezug auf Prävention begründet werden. Oder auch Portugal: Hier gibt es ein sehr gut integriertes Gesundheitssystem, in dem Public Health viel besser mit der individuellen Gesundheit verknüpft ist und es zentrale Ansprechpartner gibt, die beides machen – sowohl Gesundheitsförderung als auch medizinische Behandlung, wenn nötig.

In Deutschland konzentrieren wir uns sehr auf Verhaltensprävention. Dabei kann man Forschungserkenntnisse kurz zusammenfassen als: Verhaltensprävention ist gut, Verhältnisprävention ist besser. Warum ist man hier so zögerlich?

Wenn ich eine Strukturveränderung einführe wie zum Beispiel ein neues Gesetz oder die Ernährungsstrategie der Bundesregierung, dann braucht es eine gewisse Zeit, um zu wissen, welche Wirkung das hat. Bei Präventionsmaßnahmen ist das durchaus schwierig, weil die Endpunkte sich erst deutlich später ergeben. Wenn angeführt wird, Maßnahmen wegen mangelnder Evidenz nicht anzugehen, ist das für mich trotzdem oft ein Scheinargument. Denn für viele Maßnahmen ist Evidenz bereits vorhanden, man muss nur genauer danach suchen, beispielsweise auf Erfahrungen anderer Länder zurückgreifen oder eine systematische Literaturrecherche durchführen. Natürlich müssen wir diese Evidenz schaffen, daran forschen. Aber wir sollten in der Zwischenzeit nicht auf dem Hosensboden sitzen und nichts tun. Es gibt zahlreiche Maßnahmen, die ein großes Potenzial haben, wirksam zu sein und die wir einführen könnten. Andererseits müssen wir auch bereit dazu sein, Maßnahmen wieder zurückzunehmen, wenn sie nachgewiesen nicht wirksam sind. Darin sind wir auch nicht besonders gut. Ich denke, wir müssten da vielleicht ein bisschen mutiger sein. Auch vor dem Hintergrund, dass die individuellen Ansätze, die wir schon seit Jahrzehnten ausprobieren, an vielen Stellen nicht funktionieren – trotz aller Bemühungen, die im Übrigen auch viel Geld kosten.

Was müsste aus Ihrer Sicht getan werden?

Man muss dazu bereit sein, andere Wege zu gehen und bestehende Strukturen, die mehr Prävention unterbinden, umzubauen. Natürlich, Verhältnisprävention bringt Einschnitte, es muss Geld im öffentlichen Haushalt umverteilt werden. Die Industrien müssen angesprochen werden, denn häufig profitieren sie davon, dass es eben kein gemeinsames Vorgehen gibt und Prävention auf die einzelne Person zurückfällt. Das allgemeine Argument der Industrie „Wir bieten unsere Produkte nur an und alle können selbst auswählen und für sich regeln, wie sie ein gesundes Leben führen können“ stimmt nun mal nicht. Nicht jeder hat die gleiche persönliche Kraft oder Möglichkeit, für die eigene Gesundheit und die der Familie geschickt auszuwählen. Das hängt natürlich auch mit der Gesundheitskompetenz zusammen, die ebenso als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu fördern ist.

Anzeige

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

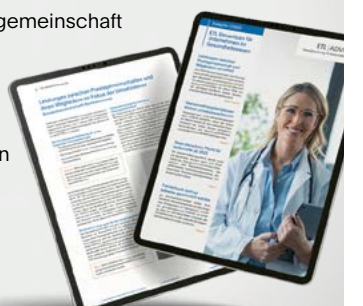
ETL Steuertipps für Unternehmen im Gesundheitswesen

Mit vielen aktuellen Themen wie:

- Leistungen zwischen Praxismgemeinschaft und Mitgliedern steuerfrei
- Neue steuerliche Pflicht für Heilberufler ab 2025
- Fahrtenbuch darf nur teilweise geschwärzt werden



Jetzt kostenfrei
downloaden



Strukturelle Probleme in der öffentlichen Gesundheitsversorgung

Obwohl Deutschland Milliarden in sein Gesundheitssystem investiert, bleiben die Gesundheitsindikatoren hinter denen vergleichbarer Europäischer Staaten zurück. Gerade, was Risikofaktoren für nicht übertragbare Krankheiten betrifft, weist Deutschland zudem eine der höchsten Prävalenzen in der Europäischen Union auf – besonders beim Konsum von Alkohol, zuckergesüßten Getränken und Tabak. In einer Analyse („Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward“), die im März dieses Jahres in der Fachzeitschrift Lancet Public Health veröffentlicht wurde, beleuchtet Prof. Hajo Zeeb mit weiteren Autor:innen systematische Schwächen des deutschen Gesundheitswesens und listet Reformvorschläge auf.

Das deutsche Gesundheitssystem ist gekennzeichnet durch drei Eigenschaften: 1. die kurative Medizin dominiert; 2. es fehlt im föderalen System ein koordiniertes nationales strategisches sowie kooperatives Vorgehen der zahlreichen Akteur:innen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene im Bereich Prävention, der Öffentliche Gesundheitsdienst verfügt zudem nur über geringe Ressourcen; 3. Es besteht nur ein schwaches Engagement, wirksame Präventionsmaßnahmen gegenüber Lobbys durchzusetzen – beispielsweise wurden bislang keine spezifischen Steuern auf Alkohol oder zuckerhaltige Getränke eingeführt, Steuern auf Tabak sind immer noch niedriger als in vielen vergleichbaren Ländern.

Vier Empfehlungen wurden in der Übersichtsarbeit ausgesprochen: 1. eine Public Health-Identität sollte entwickelt werden: Bislang ist Public Health – auch aus historischen Gründen – nicht als wesentliches Element im Gesundheitswesen implementiert. Eine zentrale Institution, die Public Health in allen Bereichen adressiert und fördert, könnte diesen Prozess unterstützen. 2. eine umfassende Public Health-Strategie sollte erarbeitet werden: Diese Strategie sollte Public Health mit anderen Sektoren wie Bildung, Wirtschaft, Verkehr oder Wohnungsbau verknüpfen. 3. der Fokus sollte darauf ausgerichtet werden, Gesundheit zu fördern und Krankheiten zu verhindern: Das Bundesgesundheitsministerium und die Gesundheitsministerien auf Länderebene sollten einen Kulturwandel vom kurativen zum präventiven Gesundheitssystem priorisieren und dabei den Health in All Policies-Ansatz verfolgen. Als wichtigen Punkt nennen die Autor:innen zudem, dass Deutschland vermehrt kommerzielle Gesundheitsdeterminanten adressieren muss und sich unter anderem dem Einfluss der Lobbyarbeit verschiedener Sektoren wie Landwirtschaft, Ernährung, Tabak, Alkohol und Automobil stärker widersetzen und gesundheitsschädliche wirtschaftliche Interessen zurückdrängen sollte. 4. Das Netzwerk zwischen Medizin, Public Health und Forschung sollte gestärkt werden.

Konkret geht es bei Verhältnisprävention beispielsweise um eine höhere Tabaksteuer oder um eine Steuer auf zuckerhaltige Getränke. Überspitzt gefragt: Dürfen wir jetzt nicht mehr alles kaufen, um gesünder zu werden?

Natürlich müssen wir die freie Wahl beim Konsumverhalten weiterhin haben. Aber eben auf Basis von klaren, ehrlichen und durchaus mit einem gewissen Wert für die Gesundheit versehenen Informationen. Das haben wir häufig noch nicht. Erinnern Sie sich an die Kämpfe um die Lebensmittelampel. Ob die in ihrer jetzigen Form gut funktioniert und die Bedeutung allen klar ist, oder ob das breit genug umgesetzt ist, darüber kann man durchaus diskutieren. Aber schon hier sieht man, wie schwierig es ist, eine vergleichbar einfach verfügbare Information für Lebensmittel durchzusetzen. Überhaupt einen Hinweis zu den Nährwerten auf ein Produkt zu setzen, so dass man gleich erkennt, wie gesund oder ungesund es ist und dafür nicht erst das Kleingedruckte lesen zu müssen. Ich sehe da noch viel Potenzial, mehr zu tun. Eine höhere Tabaksteuer wird nicht jeden Raucher vom Rauchen abhalten. Aber es hat gewisse messbare Effekte und auf die muss man bauen.

Prävention wird als Stellschraube gesehen, Kosten für das Gesundheitssystem einzusparen. Aber ist die Höhe dieses Einsparungspotenzial vielleicht zu optimistisch gedacht? Präventionsmaßnahmen müssen selbst auch finanziert werden und wenn durch Prävention bestimmte Krankheiten verhindert werden, könnten sich trotzdem andere entwickeln und deren Therapie verursacht wiederum Kosten.

Das ist eine schwierige Diskussion, die man ganz ernsthaft führen und sich verschiedene Aspekte anschauen muss. Nehmen wir das Beispiel Übergewicht bei Kindern: Wenn man es schafft, viele Dinge sehr früh in Kindertagesstätten, in Schulen umzusetzen und dadurch das Übergewicht um vielleicht zehn Prozent zu verringern, verhindert das Folgekrankheiten. Diese Primärprävention hat eine lebenslange Wirkung, die man bisher noch gar nicht ökonomisch gemessen hat. Dann hat man einzelne Screeningmaßnahmen zur Früherkennung, die berücksichtigt werden müssen. Man sollte nicht den Fehler begehen und sagen: Prävention ist immer günstiger und deswegen führen wir sie umfassend durch und benötigen dann keine Therapie mehr. Zu einer guten Public Health-Strategie gehört neben der Prävention auch eine solide gesundheitliche Versorgung dazu, die aufgrund unseres Lebens und unserer Biologie auftretende Erkrankungen gut aufgreifen kann. Aber hier das Verhältnis zu erreichen, dass die eingesetzten Mittel mehr Lebensqualität und durchaus länger gesündere Menschen mit sich bringen, halte ich für wichtig. Dafür darf man aber nicht nur die Ökonomie betrachten, sondern muss ebenso ethische Aspekte einbeziehen – sonst betritt man schnell den Pfad zum Zynismus und das ist ein sehr schlechter Pfad. Ökonomische Erwägungen sind sehr wichtig, die müssen wir auch liefern, um damit Argumente untermauern zu können. Da sind wir in der Präventionsforschung zum Teil noch nicht so gut, aber wir werden besser.

Welche Schwächen hat unser Gesundheitssystem momentan? Auch, was chronische Erkrankungen wie Adipositas oder Diabetes betrifft, die in Bezug auf ihre Häufigkeit mit weltweiten Epidemien gleichgesetzt werden, was muss sich ändern?

Das Risiko für viele chronische Erkrankungen steigt altersbedingt. Mit Blick auf die Demografie und die zu erwartende Welle an chronischen Erkrankungen sowie vor dem Hintergrund einer nicht durchgängig guten Versorgungslage, vor allem im ländlichen Raum, haben wir kaum eine andere Möglichkeit, als viel ernsthafter über

das Thema nachzudenken. Um zukünftigen Generationen eine andere Perspektive zu geben, ist es einfach sehr wichtig, Prävention deutlich zu stärken. Allein das sollte eine sehr starke Motivation sein zu sagen, das muss besser werden. Wir können unsere Situation auch mit anderen Ländern vergleichen. In vielen Ländern sind die Raucherraten viele Prozent niedriger als in Deutschland. Beim Alkoholkonsum sind wir in Deutschland leider auch mit führend. Und insgesamt liegen wir bei der durchschnittlichen Lebenserwartung zurück. Das ist doch verwunderlich, dass wir in Deutschland im OECD-Vergleich nicht besonders gut dastehen. Dabei gibt es wirklich sehr viele Möglichkeiten, besser zu werden.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Adipositas – gibt es eine chronische Erkrankung, die vorrangig in den Blick genommen werden sollte?

Das Schöne bei der Prävention ist ja, dass dadurch eine ganze Bandbreite an Risikofaktoren abgedeckt werden kann. Körperliche Aktivität – das ist unter anderem bei Herz-Kreislauf-, Krebserkrankungen und auch bei mentaler Gesundheit ein wichtiger Punkt. Deshalb würde ich mich gar nicht auf einzelne chronische Erkrankungen, sondern eher auf die positiven Faktoren, mit denen ich gegensteuern kann, fokussieren. Insgesamt geht es bei der Gesundheitsförderung nicht darum, krankheitsspezifisch zu schauen, sondern gesundheitsförderliche Strukturen zu schaffen. So dass Menschen ein gutes Leben führen können, ohne dabei große Umstände zu haben.

Was würden Sie denn als erstes an Präventionsmaßnahmen durchsetzen?

Wir versuchen jetzt beispielsweise das Thema Rauchprävention und Rauchentwöhnung wieder stärker in den Mittelpunkt zu stellen. Wir haben zwar ein ganzes Bündel an Angeboten, aber die sind nicht gut aufeinander abgestimmt. Da kann man mit Sicherheit noch viel mehr machen, indem man sozusagen eine Haupteinflugschneise beim Thema Rauchen macht. Damit Ärztinnen und Ärzte und alle, die im Gesundheitswesen tätig sind, es leicht haben, allen Rauchenden und jenen, die willens sind mit dem Rauchen aufzuhören, sofort ein Angebot machen zu können. Genauso würde ich mich freuen, wenn wir mehr präventive DiGAs haben würden. Im Augenblick können DiGAs verordnet werden, wenn ein gesundheitliches Problem schon ein gewisses Ausmaß angenommen hat. Es wäre super, wenn man im präventiven Bereich sagen könnte: Sie sind noch nicht krank und haben noch keine große Problematik mit dem Rauchen oder dem Übergewicht – aber wir bieten Ihnen eine DiGA an, damit Sie genau das verhindern können. So etwas haben wir bisher noch nicht. Aber das wird wie mit allen digitalen Veränderungen sicher noch eine Zeit lang brauchen.

Erste Ansprechpartner:innen in Gesundheitsfragen sind meist Hausärzt:innen. Aber schon heute kommen diese oft an ihre Grenzen. Sehen Sie es als eine Möglichkeit, dass bestimmte Assistenzberufe das Thema Prävention in den Fokus nehmen und dadurch mehr Entlastung in den Praxen schaffen?

Absolut. Im Moment, auch mit abnehmenden Ärztezahlen im ländlichen Raum, geht es gar nicht anders, als auf Digitalisierung zu setzen und im Gesamtspektrum präventive Orientierung und Beratung an-

Im Moment, auch mit abnehmenden Ärztezahlen im ländlichen Raum, geht es gar nicht anders, als auf Digitalisierung zu setzen und im Gesamtspektrum präventive Orientierung und Beratung andere Professionen einzubeziehen. Das können Ärztinnen und Ärzte in den kommenden Jahrzehnten kaum alleine leisten.

dere Professionen einzubeziehen. Das können Ärztinnen und Ärzte in den kommenden Jahrzehnten kaum alleine leisten. Und ich glaube, viele würden gern auch mehr mit anderen Playern zusammenarbeiten. Dafür muss aber eine entsprechende Finanzierung bestehen. Und dafür müssten sich

Hausarztpraxen quasi ein bisschen zu Gesundheitspraxen umgestalten. Weil Menschen dann nicht mehr wegen medizinischer Probleme in die Praxis kommen. Es müssten auch andere Professionen mit einbezogen werden, um eine Gesundheitsberatung anzubieten, Gesundheit zu fördern und Krankheiten gar nicht erst aufkommen zu lassen. Das wäre ein ganz anderes Verständnis von Gesundheitsversorgung.

Wie könnte das funktionieren?

Es bräuchte eine stärkere Zusammenarbeit des Gesundheitssektors mit anderen Sektoren. Von der Praxis sozusagen zurück zum Sportverein, oder mit einer Gesundheitsberatung, die in der Kommune integriert ist. Dort sollten die Barrieren möglichst niedrig sein, damit das Angebot auch die Menschen erreicht. Es gab dazu die Idee der Gesundheitskioske, die vielleicht so etwas hätten bieten können – wo eine Beratung in allen Lebenslagen, möglicherweise auch Behandlungen und weitergehende Schritte, unter einem Dach stattfinden. Umgesetzt wurde davon nicht so viel. Das Konzept als solches sollte aber weiter geschärft und gestärkt werden.

Und glauben Sie, dass sich in naher Zukunft in Sachen Prävention gesundheitspolitisch etwas ändern wird?

Vieles ist möglich und nicht alles davon wird umgesetzt werden. Aber es wird eine Menge passieren. In der Corona-Pandemie haben wir auch gesehen, wie schnell Dinge, die vorher nicht möglich waren, plötzlich doch möglich sind. Ich habe die Hoffnung, dass wir da auch gelernt haben, etwas schnell zu verändern, wenn wir den Mut dazu aufbringen. Wir müssen an die Menschen denken, denen es nicht so gut geht – und gerade sie und deren Einbeziehung stehen im Zentrum von Public Health. Darauf sollten wir uns konzentrieren.

Zur Person

Prof. Dr. Hajo Zeeb leitet seit Januar 2010 die Abteilung Prävention und Evaluation des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS in Bremen. Nach seinem Studium der Humanmedizin und der Promotion an der RWTH Aachen im Jahr 1989 arbeitete er zunächst als Arzt in deutschen und englischen Kliniken. Danach ging er als Medical Officer für drei Jahre nach Namibia. An der Universität Heidelberg absolvierte er ab 1995 ein Masterstudium in Public Health und arbeitete im Anschluss am Deutschen Krebsforschungszentrum, später an der Universität Bielefeld. In der Weltgesundheitsorganisation in Genf war Zeeb in der Abteilung Public Health and Environment tätig, 2006 wechselte er ans Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik des Universitätsklinikums Mainz. Von 2024 bis 2026 ist Zeeb erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Public Health. Zu den Forschungsschwerpunkten von Hajo Zeeb zählen unter anderem die evidenzbasierte Prävention und Evaluationsforschung zu chronischen Erkrankungen.

Übermäßiger Alkoholkonsum, Fehlernährung oder Bewegungsmangel

Verschenktes Präventionspotenzial ist (auch) ein Milliardengrab

Ungesunde Lebensstile wie Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Fehlernährung oder Bewegungsmangel sind in der deutschen Bevölkerung weit verbreitet. Fast 30 Prozent der Erwachsenen rauchen. Laut „DHS Jahrbuch Sucht 2025“ trinken 7,9 Millionen Menschen der 18- bis 64-Jährigen Alkohol in einer gesundheitlich riskanten Form, bei 9 Millionen liegt ein problematischer Konsum vor. Etwa ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung ist krankhaft übergewichtig. Das alles verursacht auf lange Sicht eine erhöhte Krankheitslast. Dabei reden wir aber längst nicht mehr nur über Krankheit, Mortalität und die „Belastung des Systems“. Immer intensiver wird das Thema Prävention auch aus Kostengesichtspunkten diskutiert. Kann Prävention die Kostenspirale unterbrechen und wie groß ist das mögliche Einsparpotenzial? Die Forschung dazu zeigt: Vor allem Verhältnisprävention könnte zu einer erheblichen Reduzierung der Gesundheitsausgaben führen. Es bräuhete „nur“ den politischen Willen, sie tatsächlich umzusetzen.

„Prävention ist zentral. Ohne Prävention wird das System vor die Wand fahren beziehungsweise nur überleben, wenn wir perspektivisch drastische Leistungseinschränkungen für die GKV, hinnehmen“, sagt Dr. Tobias Effertz, Privatdozent am Institut Recht der Wirtschaft an der Universität Hamburg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen unter anderem bei den Themen Kindermarketing sowie Public Health und Gesundheitsökonomie. Wenn er von Prävention spricht, bezieht er sich auf Primärprävention. Also auf Maßnahmen, die bereits vor dem Auftreten einer Krankheit ansetzen. Während für die Sekundär- und Tertiärprävention – also Maßnahmen, die Erkrankungen früh erkennen beziehungsweise ein Fortschreiten bestehender Erkrankungen verhindern sollen – bereits gute Strukturen im deutschen Gesundheitswesen etabliert sind, fehlt es noch an stimmigen Strategien im Bereich der Primärprävention. „Will man kosteneffektiv die Gesundheit schützen und Gesundheitsausgaben sparen, muss man früh mit präventiven Maßnahmen ansetzen“, urteilt Effertz. Vor allem Verhältnisprävention hält er für einen großen Hebel, um mit kleinem Einsatz eine große Wirkung zu erzielen: „Das birgt das Potenzial zu massiven Kosteneinsparungen und würde das Finanzierungsproblem in der GKV direkt lösen.“ Er schätzt, dass bis zu 40 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen gespart werden könnten, würden Präventionsmaßnahmen umgesetzt, die Rauchen, Trinken, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel direkt und vollumfänglich adressierten.



Dr. Karl Emmert-Fees

Ich finde es absurd, dass man sagt: Die Menschen müssen es selbst auf die Reihe bekommen, sich gesünder zu ernähren. Und gleichzeitig interessiert man sich überhaupt nicht für das Angebot, das da von der Industrie produziert wird

Adipositasraten in zwanzig Jahren fast vervierfacht

Das hätte vor allem einen großen Einfluss auf die weitere Entwicklung von Adipositas. Finanzielle Anreize für eine gesündere Ernährung zu setzen, hält er für einen entscheidenden Schritt, um den Trend hin zu einer immer größeren Zahl von Betroffenen zu unterbrechen. In seiner Forschung hat er sich unter anderem mit den Auswirkungen der Besteuerung von Lebensmitteln auf Ernährungsverhalten, Körpergewicht und Gesundheitskosten in Deutschland beschäftigt. In der Vergangenheit hatten sich im Fall der Tabakbesteuerung von 2002 bis 2005 sehr starke unmittelbare Erhöhungen als wirkungsvolle präventive Maßnahmen erwiesen: Der gesundheitsgefährdende Konsum, speziell bei Jugendlichen, ging dadurch deutlich zurück. Ähnliches wurde mit der Besteuerung von alkoholischen Mischgetränken im Jahr 2004 erzielt. In Modellrechnungen zeigte Effertz schon 2017, dass durch eine Veränderung der Besteuerung von Lebensmitteln auch eine nachhaltige Reduktion der Adipositasprävalenz sowie eine Senkung der Krankheitskosten für das Gesundheitssystem erreicht werden könnten. Eine Reduktion der Adipositasprävalenz um mehr als zehn Prozent und direkte jährliche Einsparungen im medizinischen Bereich von bis zu 3,8 Milliarden Euro waren das Ergebnis. Das galt für ein Szenario, in dem Obst und Gemüse komplett steuerbefreit waren und Lebensmittel mit hohem Fett-, Salz- und Zuckeranteil den vollen Mehrwertsteuersatz von 19 Prozent hatten.

Gerade Adipositas sieht Tobias Effertz als besondere gesundheitliche und ökonomische Herausforderung: „Das Robert Koch-Institut hat vor Kurzem die epidemiologischen Zahlen zur Adipositasentwicklung veröffentlicht. Bei den 18- bis 29-Jährigen haben sich die Adipositasraten von 2003 bis 2023 fast vervierfacht. Das sind erschreckende Befunde. Denn Adipositas begünstigt auch Folgeerkrankungen. Das alles verursacht hohe Kosten.“ Die gesamtgesellschaftlichen Kosten, die durch Adipositas entstehen, wurden von Effertz bereits vor einigen Jahren

Dr. Tobias Effertz:

Will man kosteneffektiv die Gesundheit schützen und Gesundheitsausgaben sparen, muss man früh mit präventiven Maßnahmen ansetzen.



Foto: privat



berechnet. Er kam dabei auf jährlich etwa 63 Milliarden Euro. Direkte Kosten – das heißt, alle Kosten, die durch die Adipositasbehandlung und die Behandlung assoziierter Komorbiditäten entstehen – beliefen sich auf etwa 29 Milliarden Euro. Indirekte Kosten, die beispielsweise durch den Produktivitätsverlust aufgrund von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit oder vorzeitige Berentung anfallen, machten etwa 34 Milliarden Euro aus.

Um möglichst Übergewicht, Adipositas und damit assoziierte Erkrankungen in der Bevölkerung zu reduzieren, braucht es verschiedene, sich ergänzende Präventionsmaßnahmen. Eine weitere effektive Maßnahme sieht Effertz im Verbot des Kindermarketings für ungesunde Lebensmittel. Er empfiehlt ein Verbot für Kinderwerbung von ungesunden Lebensmitteln, sowohl im Fernsehen als auch im Internet. „Die Lage ist da sehr düster. Kinder und Jugendliche werden gerade in der heutigen Zeit mit den digitalen Medien und Social Media verstärkt mit Werbeinhalten konfrontiert, vor allem für ungesunde Lebensmittel“, beschreibt Tobias Effertz die Situation. Dass die Werbung immer geschickter in den Content von Influencer:innen integriert ist, macht das Ganze noch schwieriger. Dadurch kommt es nicht mehr zu einer strikten Trennung von Werbung und

privaten Inhalten mit Unterhaltungscharakter. Wenn Influencer mit Vorbildcharakter bestimmte Produkte bewerben, habe das einen starken Marketingimpact. „Ein moderner Staat sollte es nicht zulassen, dass Kinder unfair an den Eltern vorbei für ungesunde Lebensmittel erworben werden. Das kann sich auch unser Gesundheitssystem nicht leisten. Und es ist zudem eine ethische Frage: Kinder sind nicht mit dem kritischen, rationalen Rüstzeug ausgestattet, um angemessen auf diese Werbebotschaften von Unternehmen zu reagieren“, findet Effertz.

Forderung nach Werbeverboten und Zuckersteuer

Mit dieser Meinung ist er nicht allein. In einer Umfrage, die er vor einigen Jahren durchgeführt hatte, sprach sich eine Mehrheit der Befragten, rund zwei Drittel, dafür aus, dass Kinder nicht mit Werbung für ungesunde Lebensmittel konfrontiert werden sollten. „Trotzdem wird das von der Politik nicht umgesetzt. Gäbe es ein Werbeverbot, könnte die Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen langfristig um ein Viertel gesenkt werden“, so Effertz. Zu dieser Einschätzung kommt er, weil es Simulationsstudien zum Thema gibt. Außerdem wurden Werbeverbote bereits in einigen Ländern eingeführt und erste Konsument:innenreaktionen konnten beobachtet werden. Dass Kritiker:innen von einer Verbotskultur sprechen, lässt Tobias Effertz nicht gelten: „Die Haltung, dass wir in diesem Land alles tolerieren, was die Gesundheit schädigt, muss auf den Prüfstand. Es geht darum, dass wir vor dem Hintergrund explodierender Kosten und nachlassender Gesundheit der Bevölkerung etwas tun müssen, um dem etwas Wirksames entgegenzusetzen. Das ist längst überfällig. Wir können keine Steuermillionen oder sogar –milliarden für Präventionskampagnen ausgeben, die schön aussehen, aber nicht viel bringen.“

Dass ein Umdenken in Sachen Prävention vielen schwerfalle, vor allem, wenn das eigene Verhalten verändert werden soll, kann Tobias Effertz sogar nachvollziehen. Immerhin gehe es da in eine Komfortzone der Deutschen, wie er es ausdrückt. Die „Vollversorger-Mentalität“ stehe dem ein wenig im Weg. Ökonomen sprechen vom sogenannten Moral Hazard – wenn klar ist, dass das Gesundheitssystem sämtliche Kosten im Falle einer Krankheit voll übernimmt, warum sollte ich mich anstrengen, mehr für meine Gesundheit zu tun? Es bleibe bei Präventionsmaßnahmen immer noch allen selbst überlassen, ob sie sich zum Beispiel impfen lassen wollen, eine Früherkennung wahrnehmen möchten oder mit dem Rauchen aufhören. „Es ist aber eine andere Sache, ob wir es als Gesellschaft zulassen wollen, dass wir mit einem ermäßigten Mehrwertsteuersatz Kartoffelchips und Gummibärchen subventionieren. Da bin ich der Ansicht, dass wir uns das als Gesellschaft mit Blick auf die jetzige Kosten-situation und Epidemiologie in



Deutschland nicht mehr leisten können“, urteilt Tobias Effertz. Und er schiebt ein Plädoyer hinterher: Make the healthier choice the cheaper choice – gesunde Optionen sollten günstiger und billiger sein.

Wie hingegen mit zuckergesüßten Getränken verfahren werden sollte, welches Steuermodell sich für Deutschland eignen und inwieweit das dann nichtübertragbare Krankheiten reduzieren könnte, untersuchte Dr. Karl Emmert-Fees. Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Technischen Universität München und forscht an der Professur für Public Health und Prävention unter anderem über die Effekte von Public Health-Maßnahmen. Über zuckerhaltige Getränke wie Limonaden nehmen die Menschen weltweit den meisten zugefügten Zucker zu sich. Im Rahmen seiner Promotion entwickelte Emmert-Fees ein Simulationsmodell. Das Ziel: Mit dem Modell herauszufinden, welche verhältnispräventiven Maßnahmen vielleicht sinnvoller als andere sind. Die Anwendung mit verschiedenen Varianten von Zuckersteuern auf Softdrinks ergab, dass die Einführung einer Zuckersteuer – egal welcher – mit positiven Auswirkungen verbunden ist. Insgesamt würde weniger Zucker konsumiert, nichtübertragbare Krankheiten wie Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Typ-2-Diabetes würden seltener vorkommen, zudem ließen sich volkswirtschaftliche Kosten senken und das Gesundheitssystem entlasten.

Die Studie „Projected health and economic impacts of sugar sweetened beverage taxation in Germany. A cross-validation modelling study“, die im November 2023 bei PLOS Medicine veröffentlichte wurde, zeigt aber auch: Es macht einen Unterschied, welche Besteuerung für Softdrinks angewendet wird. Eine pauschale Zuckersteuer von 20 Prozent, durch die lediglich Getränke für Konsument:innen teurer werden, ist laut Simulationsstudie nicht so wirksam wie eine gestaffelte Herstellerabgabe. Letztere wurde 2018 in Großbritannien eingeführt und dient der Industrie als Anreiz, die Rezeptur ihrer zuckerhaltigen Getränke zu verändern – und dadurch eine höhere Steuerlast zu umgehen. Je weniger Zucker die Getränke enthalten, desto weniger werden sie auch besteuert. Das Ergebnis war deutlich: 132 000 bis 244 100 Menschen würden gar nicht oder zumindest später an Typ-2-Diabetes erkranken. „Wenn man berücksichtigt, dass Menschen mit Typ-2-Diabetes im Vergleich zu denjenigen ohne Diabetes mehr mehr als doppelt so hohe Kosten für das Gesundheitssystem verursachen, ist auch die ökonomische Bedeutung von Präventionsmaßnahmen nicht zu übersehen“, sagt Karl Emmert-Fees. In seiner Studie konnte er diesen Wert auch beziffern. Bei der 20-prozentigen Zuckersteuer wären volkswirtschaftliche Einsparungen von etwa 9,5 Milliarden Euro möglich, bei der gestaffelten Herstellerabgabe bis zu 16 Milliarden Euro. Davon zählten vier Milliarden Euro zu den Gesundheitskosten.

Bereits zuvor war Emmert-Fees gemeinsam mit der Ludwig-Maximilians-Universität München an einer Analyse beteiligt, die untersuchte, wie sich der Zuckergehalt von Softdrinks in Deutschland im Zeitraum von 2015 bis 2021 verändert hat. Seit 2018 besteht eine freiwillige Selbstverpflichtung der Getränkeindustrie, den Zuckergehalt ihrer Produkte zu reduzieren. So wurde das in der Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie des Bundesministeriums für Landwirtschaft und Ernährung beschlossen. Allerdings verfehlt die Industrie ihre selbstgesteckten Ziele, wie die Studie nachwies. Im untersuchten Zeitraum sank der Zuckergehalt in Softdrinks in Deutschland lediglich um zwei Prozent – damit wurde das Zwischenziel von neun Prozent nicht erreicht. Die 15 Prozent, die eigentlich im Jahr 2025 verzeichnet werden sollten, werden damit ebenfalls nicht zu schaffen sein. Im selben Zeitraum wurde in Großbritannien eine Zuckerreduktion von 29 Prozent gemessen. Die gestaffelte Herstellerabgabe hatte dazu geführt, dass weniger Zucker in den süßen Getränken landete. Das verdeutlicht, dass freiwillige Selbstverpflichtungen der Industrie allein kaum Wirkung zei-

Was Alkohol- und Tabakkonsum kosten

Dr. Tobias Effertz berechnete 2020 in einer Studie für die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. Insgesamt lagen die gesamtwirtschaftlichen Kosten für Alkoholkonsum pro Jahr bei rund 57,04 Milliarden Euro. Die direkten Kosten für das Gesundheitssystem, beispielsweise für ärztliche Behandlungskosten, Krankenhausaufenthalte und Medikamente, betrugen 16,59 Milliarden Euro. Indirekte Kosten, zum Beispiel ist das Produktionsausfall durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, Frühverrentung oder vorzeitigen Tod, wurden mit 40,44 Milliarden Euro beziffert.

Die gesamtwirtschaftlichen Kosten, die auf das Rauchen zurückgehen, belaufen sich in Deutschland jährlich auf 97,24 Milliarden Euro. Die direkten Kosten des Tabakkonsums betrugen 30,32 Milliarden Euro, die indirekten Kosten 66,92 Milliarden Euro.

gen, dagegen eine Zuckersteuer mit einer Anpassung der Rezeptur den Zuckerkonsum erheblich reduzieren kann.

Steuerung besser als Verbote

„Verbote sollten immer der letzte Weg sein. Das konnten wir ja auch mit unserer Studie zeigen: Eine Steuer, die eine Reformulierung, also eine Änderung der Rezeptur, anreizt, führt im Idealfall dazu, dass einfach nur der Zuckergehalt sinkt, ohne dass sich etwas anderes ändert. Das ist natürlich der beste Kompromiss, den man erreichen kann“, meint Karl Emmert-Fees zum umstrittenen Thema Zuckersteuer. Es gehe darum, dass man alles ins Verhältnis setzt: Wie gesundheitsschädlich sind gewisse Produkte oder mit welchen gesundheitlichen Konsequenzen ist durch einen übermäßigen Konsum von bestimmten Produkten zu rechnen? Was entstehen der Gesellschaft dadurch für Kosten? Diese Fragen werden auch in anderen Bereichen wie dem Autoverkehr oder Rauchen betrachtet. Nur bei Softdrinks sei diese Herangehensweise bislang nicht anerkannt. „Es geht bei all dem doch letztlich darum, dass etwas nicht gesund ist und dass Diabetes und Übergewicht in unserer Gesellschaft enorme Probleme sind. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema ist also im Interesse der einzelnen Menschen und im Interesse der Gesellschaft“, betont Emmert-Fees. Und wundert sich doch so manches Mal, dass bei der Debatte meist nur auf die einzelnen Menschen und die vermeintlichen Einschränkungen durch eine Zuckersteuer geschaut werde, nicht aber auf die Industrie. „Ich finde es absurd, dass man sagt: Die Menschen müssen es selbst auf die Reihe bekommen, sich gesünder zu ernähren. Und gleichzeitig interessiert man sich überhaupt nicht für das Angebot, das da von der Industrie produziert wird.“

Dass die Einführung einer Zuckersteuer ein kritisches Thema ist, nimmt Karl Emmert-Fees gelassen hin: „Politisch ist es ein mit Ideologien überfrachtetes Thema. Wissenschaftlich ist es einfach nur ein Thema, mit dem man sich moraltheoretisch, ökonomisch und gesundheitswissenschaftlich auseinandersetzen kann.“ Dass Politiker:innen je nach Parteizugehörigkeit entweder eher auf Verhalten- oder aber Verhältnisprävention setzen, beeinträchtigt seine Arbeit als Wissenschaftler nicht. „Ich bin kein Aktivist, ich verfolge mit meiner Forschung keine Agenda. Ich möchte mit meinen Simulationen nur untersuchen, welche gesundheitlichen Folgen zum Beispiel Maßnahmen, die von der WHO empfohlen oder gerade von der Politik diskutiert werden, für unsere Gesellschaft haben und wie sie vielleicht optimiert werden könnten.“ Von der Politik wünscht er sich einen offeneren Umgang mit verhältnispräventiven Maßnahmen. Ideen nicht gleich auszuschließen, bloß weil sie nicht in das eigene Denkschema passen. Und Maßnahmen auch wieder zurückzunehmen, wenn sich nicht funktionieren. „Die Politik muss aber anerkennen, dass es hier ein Problem gibt und nach Lösungen suchen.“ Dass Verhältnisprävention ein sinnvoller Ausweg sein kann, der das Gesundheitssystem entlasten kann, hat die Wissenschaft zumindest schon einmal aufgezeigt.

Prävention mit individueller Patientenberatung Krankenkassen wollen mit neuen Konzepten mehr Rechte

„Wir müssen die Gesundheitsprävention im Sinne von „Health in all Policies“ noch viel stärker als heute im politischen und gesellschaftlichen Bewusstsein verankern“, forderte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, schon 2023 auf dem Deutschen Ärztetag. Auch der BKK-Dachverband wie ebenfalls andere Kassenverbände empfiehlt, Gesundheit in allen Politikbereichen mitzudenken und bei jedem neuen Gesetz zu prüfen, welche Auswirkungen es auf die Gesundheit der Bevölkerung hat.

Prävention und Gesundheitsförderung müssten im Sinne des Vorsorgeprinzips Priorität in der Gesundheitsversorgung erhalten, erklärt der BKK-Dachverband in Verbindung mit diesem Ansatz. Die Vermeidung einer Erkrankung müsse auch im Sozialgesetzbuch wichtiger sein als die solidarische Begleichung von Krankheitskosten. In diesem Zusammenhang gibt es aber auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen Tendenzen mit „Prävention“ in bislang ärztliche Domänen vorstoßen zu wollen. Das könnte auch die Versicherten unter Druck setzen.

Denn zur Prävention gehören mittlerweile untrennbar der Einsatz von Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz (KI). Während das Sozialgesetzbuch davon ausgehe, dass man Zivilisationskrankheiten am besten dadurch bekämpfe, indem man beständig vor ihnen warnt, könnte die konsequente Gestaltung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen sie gar nicht erst entstehen lassen, heißt es beim BKK Dachverband. Prävention müsse „raus aus der Denkschablone der Primärprävention“. Denn wenn die Gesundheit bereits angegriffen sei oder gar eine chronische Erkrankung vorläge, seien Menschen offen und hochmotiviert für sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen und auf die intensive Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz angewiesen. Chronifizierungen, Entgleisungen und Drehtüreffekten könne vorgebeugt werden. Die Krankenkassen würden einen „Datenschatz“ aus sogenannten „Routinedaten“ (den Abrechnungsdaten der Versicherten) „hüten“, aus denen sich Diagnosen, Therapieformen und Therapieerfolge sowie Misserfolge ergäben, so der BKK-Dachverband. In der elektronischen Patientenakte (ePA) ergäben sich vielfältige weitere Informationen zur Biografie jedes Versicherten aus medizinischer Sicht. Die Telemedizin ermögliche es darüber hinaus jedem Menschen, medizinische Messwerte aller Art in Echtzeit zu übermitteln. Und zwar mit jedem Smartphone. Und all das könne mittels KI kontinuierlich ausgewertet werden.

Ärztenschaft weist auf Risiken hin

Eine aus der Ärzteschaft kritisch betrachtete Forderung des BKK-Dachverbands in diesem Zusammenhang ist deshalb, Krankenkassen zu berechtigen, individuell auf die Versicherten zugehen zu dürfen, um sie anhand von Analysedaten gezielter beraten zu können: „Solche Beratungen könnten gegebenenfalls durch KI komplett digital erfolgen, so dass ein vollständiger Schutz der persönlichen Gesundheitsdaten gewährleistet bleibt.“ In Zusammenhang mit dieser Forderung schaut man seitens der Ärzteschaft sorgenvoll auf den mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz bislang öffentlich kaum beachteten Paragraf 25b im Sozialgesetzbuch V. Die dortigen Regelungen ermöglichen den Kassen, ihnen vorliegende Daten auszuwerten, um ihre Versicherten auf bestimmte Risiken hinzuweisen, etwa Anhaltspunkte für bestimmte Erkrankungen oder bestehende Impflücken – das hat die Vorständin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Sybille Steiner, auf deren Vertreterversammlung im Mai 2025 erläutert. Bislang nutzten Krankenkassen diese Möglichkeit aus dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz tatsächlich vor allem dazu, ihre Versicherten an Termine für Schutzimpfungen zu erinnern.

„Dagegen ist nichts einzuwenden – wenn es darüber hinausgeht, allerdings schon“, warnte Steiner. Es gebe hier Unklarheiten, „etwa welche Art von Algorithmen genutzt werden und auch, ob ein solches Vorgehen überhaupt die Versorgung verbessert.“ Diese kritischen Fragen müssen besonders dann erlaubt sein, wenn es um Hinweise auf möglicherweise schwere Erkrankungen geht. Dies könne zu großen Verunsicherungen bei den Patienten führen, „und niemand möchte hiervon von seiner Krankenkasse per Brief oder am Telefon erfahren.“ Ein solches Gespräch gehöre alleine in den geschützten Raum einer Arztpraxis und sonst nirgendwo hin. Deshalb sei es richtig, dass Krankenkassen keinen Zugriff auf Patientendaten in der ePA hätten. „Das muss auch so bleiben!“

Die Ärzteschaft schaut sorgenvoll auf das Gesundheitsdatennutzungsgesetz.

BEISPIELE HERZ, KREBS UND ADIPOSITAS

**MEHR PRÄVENTION
FÜR WENIGER
PILLEN**

Nicht übertragbare Krankheiten verursachen in Deutschland mehr als 90 Prozent aller Todesfälle. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs stehen dabei häufig besonders im Fokus, führen diese doch die Statistik der Todesursachen an. Übergewicht und Adipositas können die Entwicklung chronischer Krankheiten begünstigen. Für die Betroffenen sind nicht übertragbare Krankheiten mit erheblichen Krankheitsfolgen verbunden und durch deren Behandlung entstehen hohe Kosten für das Gesundheitssystem. Wie würde sich eine stärkere Konzentration auf Verhaltens- und Verhältnisprävention auswirken? Welche Chancen sehen Herz-, Krebs- und Adipositas-Expert:innen für die Zukunft der Gesundheitsversorgung in ihren Fachdisziplinen? Wir haben nachgefragt!

Mit Prävention das Herz stärken

Es ist etwas ins Ungleichgewicht geraten, wenn es um die Herzgesundheit in Deutschland geht. Die Wissenschaft hat bereits mehrfach belegt: Deutschland schneidet bei der durchschnittlichen Lebenserwartung im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern schlecht ab. Etwa zwei Jahre leben die Deutschen kürzer. Als Gründe sehen Wissenschaftler:innen zum großen Teil Defizite in der Vorbeugung und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Diese sind in Deutschland die Todesursache Nummer eins, mehr als ein Drittel aller Todesfälle gehen darauf zurück. Zusätzlich verursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhebliche individuelle Krankheitsfolgen und hohe gesellschaftliche Krankheitskosten. „Aktuelle Studiendaten zeigen, dass gerade das Management von kardiovaskulären Erkrankungen in Deutschland am teuersten ist. Die Mortalitätsstatistik in Europa zeigt aber, dass wir trotzdem auf den letzten Plätzen landen. Es scheint also ein Problem in der Verteilung des Geldes zu geben: Auf der einen Seite haben wir höchste Gesundheitskosten, auf der anderen Seite aber auch eine sehr hohe Sterblichkeit“, sagt Prof. Dr. Christina Magnussen, stellvertretende Klinikdirektorin der Klinik für Kardiologie am Universitären Herz- und Gefäßzentrum Hamburg am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Für die Kardiologin lässt das nur einen Schluss zu: Deutschland sollte sehr viel mehr auf Prävention setzen. Denn statt eines Gesundheitssystems haben wir eher ein Krankheitssystem, wie schon der ehemalige Gesundheitsminister Lauterbach feststellte. „Unsere ganze Medizin ist darauf ausgelegt, Krankheiten zu behandeln. In Ländern mit besseren Präventionsstrategien kann man sehen, dass es klüger ist, in ein Segment zu investieren, das versucht, Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen“, beschreibt Magnussen.

Übergewicht, Bluthochdruck, Rauchen

Zu den wichtigsten kardiovaskulären Ereignissen zählen Herzinfarkt und Schlaganfall, die häufig durch arteriosklerotische Plaqueablagerungen in Arterienwänden hervorgerufen werden, die schließlich Durchblutungsstörungen verursachen. Die Entstehung dieser Erkrankungen ließe sich durch Prävention – durch gesundheitsbewusstes Verhalten wie auch medikamentöse Therapien – deutlich beeinflussen. Christina Magnussen forscht in einem globalen Konsortium zur Risikoprävention kardiovaskulärer Erkrankungen, dem Global Cardiovascular Risk Consortium. Als Erstautorin veröffentlichte sie bereits im August 2023 eine Studie im New England Journal of Medicine, die nachwies: Mehr als die Hälfte aller kardiovaskulären Erkrankungen weltweit stehen im direkten Zusammenhang mit den fünf klassischen kardiovaskulären Risikofaktoren. Das sind Übergewicht, Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Rauchen und Diabetes mellitus. Vor allem Rauchen gilt neben Bluthochdruck als relevantester Risikofaktor. „Die Politik müsste eigentlich genau dort eingreifen, damit entscheidende Risikofaktoren gar nicht erst entstehen und Strategien entwickeln, wie zum Beispiel Rauchen sehr unattraktiv wird“, findet Magnussen. Länder wie Australien, die eine strikte Tabakpolitik führen, hätten eine sehr geringe Rauchprävalenz. Konkret bedeute dies: In Deutschland müsste die Tabaksteuer stark erhöht werden. Hohe Preise auf Tabakprodukte stellen eine Hürde für Konsument:innen dar. Das sei ein wesentlicher Schritt, um gar nicht erst mit dem Rauchen anzu-

fangen. Verhältnisprävention hätte deshalb einen größeren Effekt als beispielsweise Aufklärungsarbeit in den Schulen, die zwar auch wichtig sei, aber weniger nachhaltig. „Man weiß: Wenn man einmal mit dem Rauchen beginnt, ist es sehr schwer, damit wieder aufzuhören“, erklärt Christina Magnussen.

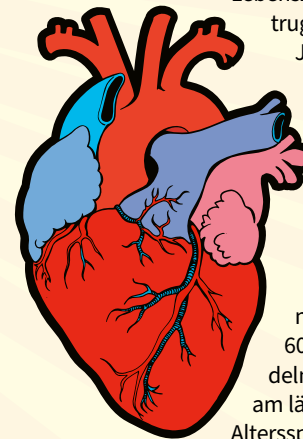
Auch beim Screening auf Bluthochdruck unternehme die Politik aus Sicht der Herzspezialistin zu wenig. Häufig werde bei Patient:innen erhöhter Blutdruck festgestellt, wenn diese mit Herzinfarkt behandeln würden. „Das ist viel zu spät, denn dann müssen wir bereits die Folgen therapieren, die wir eigentlich durch Prävention verhindern wollen. Bluthochdruck tut nicht weh. Das heißt, Patienten gehen deshalb nicht zum Arzt. Es braucht also Strukturen, damit man auch schon mal mit 30 oder 35 Jahren den Blutdruck misst“, fordert Magnussen. Der Entwurf für ein „Gesundes-Herz-Gesetz“ verfolgte daher ihrer Meinung nach den richtigen Ansatz – Screeninguntersuchungen politisch zu strukturieren sei zentral, um Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen frühzeitig erkennen zu können. „Dass durch diesen Gesetzesentwurf Prävention plötzlich viel sichtbarer geworden ist und man in dieser Richtung etwas unternommen hatte, war ein wichtiger Schritt. Auch, wenn es sicherlich einige Punkte gibt, die man auch hätte anders lösen können“, so Magnussen.

Besonders umstritten bei der Initiative für ein „Gesundes-Herz-Gesetz“ – der Gesetzesentwurf wurde zwar vom Bundeskabinett verabschiedet, schaffte es vor dem Regierungswechsel aber nicht mehr durch den parlamentarischen Prozess – war das Screening auf familiäre Hypercholesterinämie bei Kindern. Christina Magnussen kann die Kritik daran durchaus nachvollziehen. Was bedeutet es, wenn bei Vierjährigen ein kritischer Wert festgestellt wird? Sollen sie dann Statine nehmen? Was sind die Lebenszeitauswirkungen dieser Medikation? Was bedeutet die Diagnose für das Kind? „Aus kardiologischer



Sicht muss man aber sagen, dass diese Screenings ganz essenziell sind. Man kann nur das behandeln, worüber man Bescheid weiß.“ Deshalb hätte sie sich auch gewünscht, dass dem Bluthochdruck im „Gesundes-Herz-Gesetz“ eine noch höhere Bedeutung zugekommen wäre: „Unsere Studienergebnisse konnten zeigen, dass die Bedeutung des Bluthochdrucks wie auch die der anderen klassischen Risikofaktoren für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen über das Lebensalter abnimmt. Prävention muss also früh im Leben ansetzen.“

Im März dieses Jahres wurde die neue Studie im New England Journal of Medicine veröffentlicht, Magnussen ist Erstautorin. Es ist eine internationale Studie mit mehr als zwei Millionen Teilnehmenden aus 39 Ländern und sechs Kontinenten. Darin wurde statistisch untersucht, wie das Vorhandensein und die Veränderung der fünf klassischen Risikofaktoren mit der Lebenserwartung und den gesunden Lebensjahren zusammenhängen. Jeder Risikofaktor hat einen anderen Einfluss auf die Herzgesundheit. Reduziere man beispielsweise das Körpergewicht, vermindere sich auch automatisch der Bluthochdruck und das Risiko für Diabetes. Auch Nikotin wirke ähnlich gefäßverletzend wie Diabetes oder erhöhtes Cholesterin, erläutert Christina Magnussen. Eins der Ergebnisse der Analyse: Wenn Personen im Alter von 50 Jahren keinen der fünf Risikofaktoren aufwiesen, lag die Lebenserwartung im Vergleich zu gleichaltrigen Personen mit allen fünf Risikofaktoren bei Frauen durchschnittlich um 14,5 Jahre höher, bei Männern um 11,8 Jahre. Die zusätzliche Lebenszeit ohne kardiovaskuläre Erkrankungen be-



trug bei Frauen 13,3 Jahre und bei Männern 10,6 Jahre. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass die Risikofaktoren Diabetes und Rauchen stark lebensverkürzend wirken. Rauchen verkürzte das Leben um etwa fünf Jahre, bei Diabetes waren es knapp sechs Jahre. Prävention kann das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen senken, auch noch im späteren Alter. Vor allem bei zwei Faktoren ließ sich laut Studie ein deutlicher Nutzen nachweisen – lässt man zwischen dem 55. bis 60. Lebensjahr seinen Bluthochdruck behandeln, kann die Entstehung einer Herzerkrankung am längsten verzögert werden. Hört man in dieser Altersspanne mit dem Rauchen auf, ist der Effekt am höchsten hinsichtlich gewonnener Lebensjahre. „Man sieht, je mehr Risikofaktoren man modifiziert, desto höher ist der Lebenszeitgewinn. Je nachdem, welche einzelnen Risikofaktoren das sind, können das zwischen ein bis fünf Jahren sein“, erklärt Magnussen.

Mit 60 ist es zu spät

Aber wann ist nun der richtige Zeitpunkt, um Risikofaktoren wie Rauchen oder Bluthochdruck zu verringern? Bei praktisch allen Herz-Kreislauf-Erkrankungen besteht eine gewisse Altersabhängigkeit und die Inzidenz steigt mit 60 Jahren an. In diesem Alter damit zu beginnen, nach möglichen Risikofaktoren zu suchen, ist dann natürlich

Prof. Dr. Christina Magnussen:

Unsere ganze Medizin ist darauf ausgelegt, Krankheiten zu behandeln. In Ländern mit besseren Präventionsstrategien kann man sehen, dass es klüger ist, in ein Segment zu investieren, das versucht, Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen.

zu spät – wenn beispielsweise ein Herzinfarkt auftritt, besteht meist schon seit längerer Zeit ein erhöhter Cholesterinspiegel oder ein zu hoher Blutdruck. „Wir haben in unserer ersten Studie gesehen, dass der Effekt der Risikofaktoren übers Alter betrachtet abnimmt. Abgesehen vom Body-Mass-Index, der in jedem Alter von Bedeutung ist, nimmt der Effekt aller übrigen Risikofaktoren zwischen dem 40. und 80. Lebensjahr ab“, erklärt Magnussen. Stellt man zum Beispiel einem 80-Jährigen den Blutdruck perfekt ein, hat das eine geringere Auswirkung auf die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als bei einem 40-Jährigen. Oder anders ausgedrückt: Bluthochdruck ist beim 40-Jährigen schädlicher. Das Ergebnis deutet darauf hin: Je früher man mit der Suche nach Risikofaktoren anfängt, desto wirksamer ist das am Ende. „Ganz konkret würde ich sagen: Spätestens mit 40 Jahren – wenn kein familiäres Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen besteht – sollte man einmal seine Risikofaktoren messen, also Blutzucker, Cholesterin und Blutdruck“, rät Magnussen. „Prävention muss einfach viel früher in die Köpfe“.

Ein Problem dabei birgt die Stigmatisierung: Menschen, die nicht krank sind, haben plötzlich einen „falschen“ Blutwert und eine Diagnose, die eine Medikation erfordert. „Für das Cholesterin ist das ein ganz entscheidender Faktor, weil es linear assoziiert ist mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen. ‚The lower, the better‘ stimmt in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Deshalb würde ich allen Kritikern entgegen: Ja, Menschen werden mit einer Diagnose stigmatisiert. Aber vielleicht verhindert die Medikation in einem gewissen Prozentsatz eben den Herzinfarkt. Ich persönlich würde diese Stigmatisierung deswegen auch hinnehmen“, sagt Magnussen.

Wird Prävention in ihrem Fach absehbar einen anderen Stellenwert einnehmen und können so die Zahlen der Neuerkrankungen oder Todesfälle von kardiovaskulären Erkrankungen in Zukunft gesenkt werden? Christina Magnussen blickt grundsätzlich optimistisch in die Zukunft. Es brauche mehr Forschung dazu, wie gut Prävention funktioniert. „Natürlich wissen wir aktuell schon sehr viel über die Risikofaktoren, die man eigentlich vermeiden könnte. Aber es fehlt noch an der Umsetzung, an der Implementierung“, stellt sie fest. Warum fehle der politische Willen, die Tabaksteuer zu erhöhen oder eine Zuckersteuer einzuführen, um dem Nikotinkonsum und Übergewicht vorzubeugen, fragt sich Christina Magnussen. Allein die Aufklärung über das Risiko, in ein paar Jahrzehnten aufgrund eines ungesunden Lebensstils eine Lungen- oder Herzerkrankung zu entwickeln, reiche nicht aus. „Wir haben aktuell auf jeden Fall das Handwerkszeug und das Wissen, um Präventionsmaßnahmen einzuleiten. Da hoffe ich auf die Politik, dass sie aktiv wird“, sagt Christina Magnussen. Und ergänzt lachend, dass das auch für ein Revival von einem „Gutes-Herz-Gesetz“ gilt. Damit Prävention und Herzgesundheit mehr zusammengedacht werden.

Krebsprävention als größte ungenutzte Chance

Etwas ganz Neues sei es, was da gerade in Heidelberg aufgebaut werde. Im Rahmen einer strategischen Partnerschaft zwischen dem Deutschen Krebsforschungszentrum und der Deutschen Krebshilfe entsteht dort derzeit das Nationale Krebspräventionszentrum. Wenn Dr. Ursula Will von der dazugehörigen Präventionsambulanz spricht, deren medizinische Leitung sie innehat, betont sie, dass es etwas Vergleichbares weltweit noch nicht gebe. Seit knapp vier Jahren ist sie daran beteiligt, die Strukturen für die Ambulanz zu schaffen. Gedacht ist sie als Anlaufstelle für Menschen, die sich für die eigene Krebsprävention interessieren, dort eine individuelle Risikobewertung sowie darauf aufbauend entsprechende Empfehlungen und Unterstützungsangebote nach neuestem Wissensstand erhalten sollen. Das alles wird im Setting der Forschung stattfinden. „Mit den Daten und Bioproben, die wir im Rahmen von Studien sammeln, werden wir viele neue Präventionsansätze testen können. Unter anderem können wir für Zielgruppen spezielle Studien anbieten, zum Beispiel ausschließlich für junge Personen zwischen 20 und 50 mit erhöhtem familiären Darmkrebsrisiko, und so deren Versorgung verbessern. Oder wir suchen nach neuen Biomarkern, testen neue digitale Anwendungen“, sagt Ursula Will. Mit der Forschung wollen sie die Prävention vorantreiben. Denn darin sieht Ursula Will ein großes Potenzial, die Gesundheitsversorgung zu verbessern: „Krebsprävention ist unsere größte ungenutzte Chance. Davon bin ich überzeugt“.

Krebserkrankungen sind in Deutschland nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Gut 40 Prozent aller Krebsneuerkrankungen werden durch vermeidbare Krebsrisikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel und Infektionen verursacht. Je mehr dieser Verhaltensweisen vorhanden sind, desto höher ist auch das Risiko, an Krebs zu erkranken. Durch gezielte Prävention und die Veränderung des Lebensstils ließen sich diese Krebsfälle potenziell verhindern. Allein die Reduktion des Tabakkonsums durch Raucher:innenentwöhnung und Tabakprävention, unter anderem durch die Einführung von Rauchverböten in öffentlichen Räumen und an Arbeitsplätzen, habe zu einem signifikanten Rückgang der Zahl von Lungenkrebsfällen geführt. Rund 60 Prozent aller Krebstodesfälle könnten zudem durch eine konsequente Primärprävention und zusätzliche Krebsfrüherkennung verhindert werden.

Bereits seit den 1970er Jahren ist die Krebsfrüherkennung in Deutschland gesetzlich verankert. Früherkennungsmaßnahmen für Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs haben dazu beigetragen, Krebserkrankungen frühzeitig zu erkennen und somit die Überlebenschancen von Betroffenen zu erhöhen. Bei Darm- und Gebärmutterhalskrebs können Krebsvorstufen entdeckt werden, wodurch eine Senkung der Neuerkrankungsraten erreicht wird. Dennoch werden die bestehenden Angebote nicht im großen Umfang genutzt. Das Wissenschaftliche Institut der AOK hatte AOK-Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2019 dazu veröffentlicht: So lag die Inanspruchnahme der jährlichen Früherkennung von Krebserkrankungen der Frau bei 46 Prozent bei den über 40-Jährigen und bei 35 Prozent bei den über 60-Jährigen. Die Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann

im Zwei-Jahres-Zeitraum nutzten 35 Prozent. Die Früherkennungskoloskopie im Zehn-Jahres-Zeitraum wurde von 20 bis 22 Prozent der Versicherten in Anspruch genommen, während 50 Prozent der Versicherten im Zwei-Jahres-Zeitraum am Mammographiescreening teilnahmen. Als wesentliches Defizit identifiziert Ursula Will in ihrem Artikel „Krebsfrüherkennung in Deutschland – Status quo, Herausforderungen, politische Maßnahmen und neue Ansätze“ die derzeit mangelnde Zielgruppenspezifität der bestehenden Screeningprogramme. Zudem fehle es an koordinierten und langfristig angelegten Informationskampagnen sowie einer flankierenden Evaluationsforschung. Die bisherigen Aktivitäten der Krebsprävention und –früherkennung seien unzureichend auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen ausgerichtet und vor allem Menschen mit hohem Krebsrisiko oder niedrigem Bildungsstand würden nicht oder nur ungenügend erreicht.

Niedrige Impfquote

„Gebärmutterhalskrebs könnte man mit Hilfe der Früherkennung und HPV-Impfung komplett von der Bildfläche verschwinden lassen“, betont Will. Für sie ist die HPV-Impfung eine der größten Errungenschaften der Prävention. „Das ist die erste, echte Krebsimpfung, die wir haben. Und man könnte so viel dadurch erreichen. Allerdings gibt es Impfgegner – und die wird es immer geben.“ Deshalb wurde von der Weltgesundheitsorganisation auch nicht das Ziel formuliert, bis 2030 eine Impfquote von 100 Prozent bei allen 15-jährigen Mädchen erreichen zu wollen. Stattdessen liegt das Ziel bei 90 Prozent. Auch das würde ausreichen, um die Verbreitung des Humanen Papillomavirus, das die Ursache für Gebärmutterhalskrebs ist, zu verhindern. Doch selbst davon ist man in Deutschland noch weit entfernt. Vollständig geimpft sind in Deutschland etwa 50 Prozent der Mädchen, bei Jungen sind es rund 30 Prozent. Es fehle an Initiativen, die neben Aufklärungskampagnen zu mehr Impfbereitschaft führen würden, stellt Will fest. Sie selbst würde Schulimpfungen

als einen guten Weg sehen, um möglichst viele Mädchen und Jungen zu erreichen. Aber ohne Unterstützung durch die Politik sei so etwas nicht durchsetzbar. Eine weitere Schwierigkeit führt Will ebenfalls an: „Vielen ist es einfach nicht bewusst, dass diese Impfung vor Krebs schützt. Nicht nur vor Gebärmutterhalskrebs. Auch das Risiko für andere Krebsarten wie Vaginal-, Penis-, Anal- und Mund-Rachenkrebs kann dadurch reduziert werden.“ Es fehlt der Bevölkerung an Gesundheitskompetenz. Das betrifft auch vermeintlich bekannte Präventionsmaßnahmen, die den eigenen Lebensstil betreffen.

„Auf einen gesunden Lebensstil wird nur geachtet, wenn man auch versteht, warum es sinnvoll ist. Ein großes Problem der Prävention ist einfach auch: Es geht lange gut, auch wenn man raucht oder trinkt. Warum sollte ich etwas an meinen Gewohnheiten ändern, wenn es mir gut geht? Deswegen ist der Punkt Aufklärung und Kommunikation so wichtig. Und das müssen wir an vielen Stellen tun“, erzählt Ursula Will. Da besteht noch Nachholbedarf. Das zeigt auch eine bevölkerungsrepräsentative Umfrage zu Informationsbedarfen zur Primär- und Sekundärprävention von Krebs, die im November 2023 durchgeführt wurde. Mehr als 1 500 Menschen wurden dafür in persönlichen Interviews unter anderem nach ihrer Lebensweise und ihrem Gesund-

heitszustand befragt. „Ungefähr die Hälfte der Personen, die rauchen oder regelmäßig Alkohol trinken, gaben in der Umfrage an, dass sie gesund leben. Das zeigt, dass die Informationen zu Risikofaktoren und was man alles an Krebsprävention tun kann noch längst nicht in der Bevölkerung angekommen sind. Selbst beim Thema Rauchen nicht“, erläutert Will.

Persönliches Gespräch hat größten Effekt

Ein weiteres Ergebnis der Umfrage war: Nicht Zeitungen, Broschüren, Internet oder Social Media waren die bevorzugten Quellen, wenn es um Gesundheitsinformationen ging. Mit großem Abstand an erster Stelle stand bei den Befragten das persönliche Gespräch mit Mediziner:innen. „Ärztinnen und Ärzte haben hier noch immer einen enormen Vertrauensvorsprung“, so Will. Ein Problem dabei: Prävention findet in unserem Gesundheitssystem im Moment nur am Rande statt. Obwohl es kein Fachgebiet und keine Zusatzbezeichnung gibt, in der dieses Thema nicht vorkommt. „Prävention gehört überall dazu, nur gemacht wird relativ wenig. Aber wenn ich an die niedergelassenen Kollegen denke – wann sollen sie das noch abdecken? Mit Blick auf den Ansturm auf unser Gesundheitssystem muss man ganz klar sagen: Für Prävention bleibt eigentlich keine Zeit“, sagt Ursula Will.

Die Präventionsambulanz soll deshalb ein ergänzendes Angebot zu den bereits in der Regelversorgung etablierten Programmen werden – und das übrigens nicht nur in Heidelberg. „Mittel- bis langfristig wollen wir das Modellprojekt in ganz Deutschland etablieren“, so Ursula Will. Es braucht noch Zeit, bis es soweit ist – und das Angebot idealerweise irgendwann auch Kassenleistung sein wird. „Dafür müssen wir erst einmal zeigen, dass unser Modell evidenzbasiert ist, unsere Präventionsberatung tatsächlich etwas bringt.“ In den vergangenen vier Jahren ist Will beim Aufbau der Präventionsambulanz durchaus auf einige Hürden gestoßen: „Es gibt im Bereich Prävention unheimlich viele Player. Wenn ich nun aber Menschen evidenzbasiert beraten möchte, gibt es keine Präventionsleitlinie. Was man über Prävention weiß, ist weit gestreut: In verschiedenen Leitlinien, zum Beispiel bei der Darmkrebs-Leitlinie, steht etwas zur Prävention. Auch in der Epidemiologie konnten in Studien schon Effekte gezeigt werden. Allein, das alles zusammenzusuchen, ist ein Wahnsinnswerk. Wir machen das mit dem Ziel, diese Informationen später problemlos und einfach weitergeben zu können.“ Als Beispiel nennt Ursula Will einen digitalen Risikofragebogen, den Wissenschaftler:innen verschiedener Fachdisziplinen für die Präventionsambulanz entwickelt haben und in dem alles abgefragt werden soll, was nachweislich einen Einfluss auf das Krebsrisiko hat. Für alle Antworten im Fragebogen gebe es evidenzbasierte Präventionsempfehlungen, die den beratenden Ärzt:innen dann aufgezeigt würden.

Für Ursula Will geht die Entwicklung hin zu personalisierter Prävention. Das ist es auch, was in Zukunft in der Präventionsambulanz stattfinden soll: Welche Risikofaktoren haben die Menschen, die dorthin kommen, um sich beraten zu lassen? Wie leben sie, welche Vorerkrankungen haben sie, gibt es familiäre Vorbelastungen, welche Medikamente nehmen sie ein – das alles hat einen Einfluss auf das Krebsrisiko. „Das berücksichtigen wir, um wirklich individuell und passend beraten zu können“, sagt Will. Gleich-

Dr. Ursula Will:

Krebsprävention ist unsere größte ungenutzte Chance. Davon bin ich überzeugt.

zeitig sieht sie in den Studien, die künftig an der Präventionsambulanz durchgeführt werden sollen, einen großen Hebel, um mehr Erkenntnisse über Krebserkrankungen und deren Prävention erhalten zu können: „Es muss uns klar sein: Wenn wir die Neuerkrankungsraten betrachten – 40 Prozent sind auf den Lebensstil zurückzuführen –, gibt es noch viel, was wir nicht wissen. Fünf bis zehn Prozent der Krebsneuerkrankungen sind genetisch bedingt. Aber bei den übrigen 50 Prozent wissen wir nichts über die Ursachen – und diese 50 Prozent wollen wir auch noch knacken.“ Langzeitdaten – Teilnehmer:innen sollen wiederholt befragt werden – und Bioproben, die für Studien in der Präventionsambulanz gesammelt werden, sollen dazu beitragen.



Adipositas als größtes globales chronisches Gesundheitsproblem

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sie zum größten globalen chronischen Gesundheitsproblem erklärt – Adipositas. Sie ist definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts, begleitet von pathologischen Veränderungen in verschiedenen Organen. In Industrieländern wird Adipositas durch eine komplexe Kombination von genetischen, umweltbedingten, verhaltensbezogenen und physiologischen Faktoren beeinflusst. Vor allem die veränderten Lebens- und Essgewohnheiten wie Bewegungsmangel und Über- sowie Fehlernährung werden als Ursache für die weltweite Zunahme der Adipositasprävalenz angesehen. Auch in Deutschland. Mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung ist übergewichtig, knapp ein Viertel hat Adipositas. Bei Kindern und Jugendlichen halten sich die Zahlen zwar in den vergangenen Jahren recht stabil, aber auf hohem Niveau. Laut KiGGS-Studie (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) des Robert Koch-Instituts waren zum Erhebungszeitraum von 2014 bis 2017 gut 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen von Übergewicht betroffen, knapp sechs Prozent hatten eine Adipositas.

Eigentlich beabsichtigt Deutschland, bis 2030 den Anstieg der Adipositasquote von Jugendlichen und Erwachsenen dauerhaft zu stoppen. Zumindest lautet so eine Zielvorgabe der globalen Ziele für nachhaltige Entwicklung, die in der Agenda 2030 formuliert wurden und zu der sich im Jahr 2015 alle Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen verpflichtet hatten. Die Absicht dahinter: die Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit aufgrund nicht übertragbarer Krankheiten. Denn krankhaftes Übergewicht steht in enger Verbindung zu zahlreichen chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmten Krebsarten oder psychischen Erkrankungen. „Früher wurde Adipositas als reiner Risikofaktor für viele andere Erkrankungen angesehen. Heute gehen wir davon aus, dass es eine eigenständige Erkrankung mit einer eigenen Pathophysiologie ist“, sagt Prof. Dr. Matthias Blüher. Er ist Direktor des Helmholtz-Instituts für Metabolismus-, Adipositas- und Gefäßforschung (HI-MAG), das er 2018 mitgründete, und Professor für klinische Adipositasforschung an der Universität Leipzig. Außerdem ist er Sprecher für die Deutsche Adipositas-Gesellschaft.

Mortalität bis zu 25 Prozent höher

Das viszerale Fett, das sich im Bauchraum befindet, ist selbst stoffwechselaktiv, produziert Hormone und Substanzen, die Entzündungen fördern, das Immunsystem schwächen und die Entstehung weiterer Erkrankungen begünstigen können. Durch Begleit- und Folgeerkrankungen ist die Mortalität bei Menschen mit Adipositas im Vergleich zu Normalgewichtigen um bis zu

25 Prozent erhöht. Bei moderater bis schwerer Adipositas verringert sich zudem die Lebenserwartung um bis zu vier Jahre, bei extremer Adipositas um bis zu zehn Jahre. Die WHO hat Adipositas bereits 2000 als Krankheit klassifiziert, der Deutsche Bundestag folgt 20 Jahre später. Allerdings hat sich das noch nicht überall im Gesundheitswesen durchgesetzt. „Es ist eine chronische Erkrankung, die sich eher verschlechtert. Man kann Adipositas therapieren, aber nicht heilen. Im Prinzip dauert eine Behandlung ein Leben lang“, sagt Blüher.

Das spiegelt sich allerdings nicht in der Regelversorgung wider. „Es gibt eine ganze Reihe von Hürden. Zunächst hat unser Gesundheitssystem Adipositas viel zu spät im Blick. Eigentlich müsste man schon im Kindes- und Jugendalter einsetzen. Dafür könnten die U-Untersuchungen genutzt werden. Aber danach fehlt quasi die zweite Versorgungsstufe: Wo schicke ich jemanden hin, bei dem im Kindes- oder Jugendalter Adipositas diagnostiziert wurde?“, führt Matthias Blüher aus. Adipositaszentren seien nur punktuell vorhanden. Es mangle an spezialisierten Fachärzt:innen und Ernährungsmediziner:innen, an die Patient:innen überwiesen werden können. Matthias Blüher bezeichnet die Versorgungssituation in Deutschland deshalb als defizitär. Vor gut neun Jahren kam es schon zu einem ähnlichen Urteil im DAK-Versorgungsreport Adipositas. Zum damaligen Zeitpunkt stellte man für die immer größer werdende Zahl von Menschen mit Adipositas eine klassische Unter- beziehungsweise Fehlversorgung fest. Eine strukturierte Grundversorgung für hilfeschuchende Patient:innen

sei kaum vorhanden und Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung würden kaum von den Krankenkassen übernommen.

Auch im „Weißbuch Adipositas – Versorgungssituation in Deutschland“, das von Wissenschaftler:innen des IGES Instituts verfasst und ebenfalls 2016 veröffentlicht wurde, erwähnten die Autor:innen, dass die Versorgung von der konservativen Behandlung über die Arzneimittelbehandlung bis hin zur chirurgischen Intervention und Langzeitbetreuung in Deutschland nicht ausreichend finanziert sei. In der Regel erfolge keine Behandlung der primären Ursachen der Adipositas, paradoxerweise werde allerdings die vergleichsweise kostenintensive Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas von den Krankenkassen übernommen. Das sieht heute noch ähnlich aus. Viele therapeutische Angebote wie Ernährungsberatung, Bewegungsprogramme oder Verhaltenstherapie sind nicht immer Teil der Regelversorgung und es besteht nicht automatisch ein Anspruch auf Kostenerstattung durch die Krankenkassen. Das trifft auch für die medikamentöse und chirurgische Therapie zu. Das ist insofern bedeutend, weil Adipositas zwar alle Altersgruppen und Geschlechter betrifft, aber vor allem Menschen mit niedrigem Bildungsgrad und geringem Einkommen ein erhöhtes Adipositasrisiko aufweisen. Die aktuelle Situation führt also nicht nur zu Versorgungslücken, sondern benachteiligt auch sozioökonomisch schwächere Bevölkerungsgruppen.

Das soll künftig durch zwei neue Disease Management Programme, eins für Erwachsene sowie eins für Kinder und Jugendliche mit Adipositas, verbessert werden. Das DMP Adipositas für Erwachsene ist im Juli vergangenen Jahres in Kraft getreten, das für Kinder und Jugendliche wird erst in diesem Juli eingeführt. Im Praxisalltag angekommen sind die DMPs Adipositas also noch nicht – die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen vor Ort regeln zunächst noch weitere Details wie die Vergütung beziehungsweise werden ab Juli mit den Verhandlungen beginnen. Ziel der DMPs ist es, die Versorgung von Menschen mit Adipositas flächendeckend zu verbessern und so den Verlauf der chronischen Erkrankung durch eine strukturierte leitliniengerechte Behandlung positiv zu beeinflussen. Durch Schulungsangebote sowie individualisierte Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen sollen eine Gewichtsreduktion und dauerhafte Gewichtsstabilisierung erreicht und damit das Risiko für Folgeschäden einer Adipositas verringert werden. Bei Kindern und Jugendlichen soll durch ein altersgerechtes Schulungs- und Therapieangebot das Risiko vermindert werden, dass die Adipositas bis ins Erwachsenenalter fortbesteht. Dabei sollen die Eltern, wenn möglich, in die Planung der notwendigen Behandlungsansätze einbezogen werden.

Koordinieren sollen das größtenteils Hausärzt:innen. „Die Kapazitäten, die dafür benötigt werden, sind schlecht abzuschätzen. Wir reden in Deutschland von etwa 17 Millionen Betroffenen, die Adipositas haben. Davon wollen sich natürlich nicht alle behandeln lassen – und es müssen sich auch nicht alle behandeln lassen“, erklärt Blüher. Trotzdem liege der potenzielle Behandlungsbedarf weit über dem anderer Krankheiten wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes. „Das ist allein über die hausärztliche Versorgung nicht abzudecken, dafür sind keine Strukturen vorhanden. Es gibt keine niedergelassenen Adiposilogien oder Adipositaspezialis-



Prof. Dr. Matthias Blüher:

Diese Entwicklung konnte bis jetzt nicht gestoppt werden. Sie schreitet immer weiter fort. Das Ausmaß wird immer stärker – und die Folgeprobleme werden es auch.

ten.“ Im „Weißbuch Adipositas“ hieß es schon: Sowohl der Zugang zur Versorgung als auch sich potenziell anschließende Versorgungspfade sei für einen Großteil der Hilfesuchenden nicht zufriedenstellend. Weil niedergelassene Ärzt:innen nicht über die notwendige Zeit für Beratungsgespräche verfügten und diesbezüglich nicht ausreichend finanziert würden. Weiterhin befände sich im hausärztlichen Bereich bereits ein großer Anteil adipöser Patient:innen, so dass auch von einer Überforderung auf ärztlicher Seite ausgegangen werden könnte. So überrascht es auch nicht, dass die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin sich 2023 gegen die Einführung eines DMP Adipositas aussprach. Unter anderem, weil dies eine zusätzliche zeitliche Belastung der hausärztlichen Praxen bedeuten würde.

Verhältnisprävention muss weiter gehen

Für Matthias Blüher hingegen ist die Einführung der DMPs eine positive Entwicklung: „Es ist ein wichtiger Schritt, um Adipositas als Erkrankung auch anzuerkennen. Wir reden hier also über eine Krankheit, die behandelt werden muss.“ Dabei sollte es aber nicht bleiben. Aus seiner Sicht müsste es mit Verhältnisprävention weitergehen, also beispielsweise mit einer Einschränkung von Werbung für ungesunde Lebensmittel, die gezielt an Kinder gerichtet wird. Damit Lebensumwelten geschaffen werden, in denen eine gesunde Lebensweise einfacher zu führen ist. „Das wird offensichtlich politisch nicht als so wichtig betrachtet, dass es auch umgesetzt wird. Damit bleiben wir im Prinzip auf dem Status der Verhaltensprävention stehen: Einzelne Menschen werden verhaltenstherapeutisch behandelt. Das hat den Vorteil, dass man auf individueller Ebene besser helfen kann. Der Nachteil ist jedoch, dass es nicht gut funktioniert“, erläutert Blüher. Veränderte oder gestörte Stoffwechselprozesse, durch die Kalorienzufuhr und körpereigener Energieverbrauch beeinflusst werden, führen meist dazu, dass eine nachhaltige Gewichtsreduktion nur mit Hilfe von Medikamenten oder durch eine chirurgische Therapie zu leisten ist.

„Ich denke, Prävention ist die beste Möglichkeit, um etwas zu verändern. Der Aufwand, Adipositas und ihre Folgeerkrankungen zu verhindern ist geringer, als später diese chronische Erkrankung sehr mühsam und vor allem sehr kostenintensiv zu behandeln. Wir können es uns als Gesellschaft gar nicht leisten, erst zu handeln, wenn die Krankheit schon entstanden ist“, sagt Blüher. Es müsste bereits im Kindesalter präventiv angesetzt werden. Zum Beispiel mit mehr Sportunterricht, um die Bewegung zu fördern. Denkbar wäre für ihn auch Ernährungsunterricht in Kitas und Schulen, damit früh eine gesündere Ernährungsweise kennengelernt werden kann. Der Blick auf die steigende Zahl adipöser Erwachsener macht Matthias Blüher indes Sorge: „Diese Entwicklung konnte bis jetzt nicht gestoppt werden. Sie schreitet immer weiter fort. Das Ausmaß wird immer stärker – und die Folgeprobleme werden es auch.“ Das macht Adipositas für ihn zu einer der größten gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen.



Mein Einsatz für Kinderherzen als Pflegende und
Medizinstudentin in Burundi

Regenzeit, Stromausfall und Rebellen vor der Tür

von Kimberley Gärtner

„Die Sicherheitslage in Burundi ist weitgehend stabil. Dennoch kann es vereinzelt immer wieder zu Attacken durch Rebellengruppen [...] kommen.“

(Auswärtiges Amt, Stand 27.01.2025)



Das war einer der letzten Sätze, die ich vor meiner Abreise gelesen habe. Nüchtern. Neutral. Fast beiläufig. Nur ein Hinweis zwischen Impfempfehlungen und Visabestimmungen.

Wenige Wochen später stehe ich barfuß in OP-Clogs auf einem gummiartigen Boden. Das Surren des Notstromgenerators im Ohr, während Regen in dicken Strömen gegen das Blechdach prasselt. Beim Blick über die Schultern des Chirurgen, sehe ich ein kleines Kind mit geöffnetem Brustkorb auf dem OP-Tisch. Heraus ragen mehrere Schläuche, verbunden mit einer High-Tech-Maschine, wie man sie auch in jedem deutschen Herz-OP finden würde. Das Herz schlägt noch wenige Male, bevor es für die Operation zum Stillstand gebracht wird. Und plötzlich zeigt der Monitor eine Nulllinie.

Und draußen? Soldaten an Straßenecken, Checkpoints, angespannte Gesichter. Die Provinzhauptstadt liegt nur wenige Kilometer von der Grenze zur Demokratischen Republik Kongo entfernt. Ein Gebiet, das seit Jahrzehnten von Unruhen, bewaffneten Gruppen und humanitären Krisen erschüttert wird. Erst Tage zuvor waren wenige Kilometer entfernt Handgranaten explodiert. Der Konflikt ist nah, geografisch wie emotional.

Kimberley Gärtner ist Co-Vorsitzende des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund

Ich bin Medizinstudentin im letzten klinischen Abschnitt, ausgebildete Intensivkinderkrankenschwester und Co-Vorsitzende der Medizinstudierenden im Hartmannbund. Das ist mein dritter Auslandseinsatz und mein erster mit Kinderherzen e.V. in Afrika mit ihrem Projekt **MOHKI**. Was ich hier in Burundi erlebe, sprengt jedes Lehrbuch – fachlich, menschlich, in jeder Hinsicht.

Ich bin hier, um zu helfen. Aber auch, weil ich lernen will. Weil ich etwas zurücklassen möchte. Weil es nichts bringt, zu kommen und keine Spuren zu hinterlassen.

MOHKI: High-End-Medizin hinter Containern und Plastikplanen

Die MOHKI ist eine mobile Klinik für herzkrankte Kinder in Containerbauweise: OP, Intensivstation, IMC, Einleitungsräume, Aufenthaltsbereiche, ausgestattet wie ein reguläres Krankenhaus, nur kompakter. Autark. Hochtechnisiert. Bereit für komplexe Eingriffe.

Aber MOHKI ist mehr als Technik. Es ist ein Symbol für moderne Entwicklungshilfe: nachhaltig, partnerschaftlich und auf Augenhöhe.

Wir kamen nicht, um „nur zu operieren“. Wir kamen, um zu lehren, zu befähigen und irgendwann überflüssig zu werden.

Das Projekt von Kinderherzen e.V. mit der mobilen Herzklinik ist mehr als eine beeindruckende medizinische Leistung. Es ist vor allem ein Beispiel dafür, wie Entwicklungshilfe heute gedacht werden muss: nachhaltig, ausbildend und partnerschaftlich.

Die MOHKI bringt nicht nur Geräte mit, sondern Wissen, das Wurzeln schlagen soll. Es wird nicht nur behandelt, sondern erklärt. Nicht nur therapiert, sondern gemeinsam erarbeitet. Das lokale Team wird geschult, begleitet und ermutigt, selbst Verantwortung zu übernehmen. Die OPs werden zur Fortbildung, der Stationsalltag zur gemeinsamen Lernreise.

Und genau das hat mich am meisten beeindruckt und geprägt: Dass medizinische Hilfe dann am sinnvollsten ist, wenn sie nicht nur heilt, sondern befähigt. Wenn man nicht nur Leben rettet, sondern Strukturen aufbaut.

Ich selbst habe gelernt, wie viel möglich ist, wenn man bereit ist, sich auf fremde Bedingungen einzulassen und wie wertvoll interprofessionelle Zusammenarbeit ist. Wie viel man als junge Medizinerin mitnehmen kann, wenn man zuhört, anpackt, und manchmal auch einfach improvisiert.

„Denn was nützt es,
wenn man geht –
und nichts bleibt?“



„Und doch gibt es Begegnungen, bei denen
all unser Wissen und Wollen an Grenzen
stößt – menschlich, medizinisch, endgültig.“

Arbeiten zwischen Plan und Notfallmodus

Unser medizinischer Alltag in Burundi war alles andere als gewöhnlich. Das Team war drei Wochen vor Ort, die ersten Tage wurden für Diagnostik per Ultraschall genutzt und ab Tag drei wurde operiert.

Wir begannen den Tag mit einer interprofessionellen Übergabe, OP-Planung, Stationspflege, Vorbereitungen. Ich arbeitete als Pflegekraft, war durch mein Studium aber auch tief in medizinische Diskussionen eingebunden. Neben der Versorgung half ich, wo ich konnte: Von der Materiallogistik bis zur Erstellung von Reinigungsplänen.

Doch so durchdacht die Struktur auch war, die Infrastruktur blieb ein Drahtseilakt. Stromausfälle, Wassermangel, hohe Luftfeuchtigkeit, tropische Hitze oder feiner Staub. Burundi stellte sowohl unsere Kreativität als auch unsere Standards auf die Probe. Maschinen standen still, Kleidung trocknete nicht, und die Hygiene wurde zur täglichen Herausforderung.

Wissen weitergeben – auf Augenhöhe

Die Zusammenarbeit mit dem lokalen medizinischen Personal war intensiv. Sie waren immer an unserer Seite, auch nachts. Sie übersetzten, unterstützten, lernten mit. Und wir gaben zurück: Unterricht, praktische Anleitungen, OP-Begleitungen. Besonders bei den Eingriffen war das Interesse groß. Es war sichtbar, spürbar und ernst gemeint.

In diesen Momenten wurde mir klar: Wenn man Wissen teilt, wächst es. Wenn man Vertrauen schenkt, entsteht Verbindung.

Ein Moment, der bleibt

Zu klein für ihr Alter. Der verformte Nasenrücken fiel sofort auf, der Kopf zu groß, die Fingernägel gewölbt wie Uhrgläser. Alles Zeichen, die wir kannten. Doch nichts hatte uns auf das vorbereitet, was dann geschah. Als eine Mutter vorsichtig das Hemd ihrer Tochter hob, stockte uns der Atem: Direkt unter der dünnen Haut wölbte sich das schlagende Herz. Groß. Deutlich sichtbar. Ektopiert, außerhalb des Brustkorbs gelegen. Es war ein Bild, das sich einbrennt.

Im Ultraschall wurde schnell klar: Der komplexe Herzfehler war nicht operabel, nicht hier in Afrika. Es gab keine Hoffnung auf eine Korrektur. Keine Chance auf ein langes Leben. Wir versammelten uns, still, um gemeinsam die Worte zu finden, die es eigentlich nicht gibt. Die Familie nahm das Kind mit nach Hause. Um Zeit zu haben. Um lieben zu können, bevor die Zeit verrinnt.

Ich werde diesen Moment nie vergessen. Weder den Blick des Kindes, das uns mit offenen Augen ansah, als ahnte es längst, was wir gerade erst begriffen. Noch unsere eigenen kreidebleichen Gesichter: erschüttert, still.

„Denn jedes Kinderherz schlägt gleich –
aber nicht jedes bekommt die gleiche
Chance. Noch nicht.“

Was wirklich zählt

Wenn ich heute an Burundi denke, denke ich an das Prasseln des Regens auf dem Wellblechdach. An das Surren der Generatoren und an die Menschen, die dort mit uns gekämpft haben: für jedes Kinderherz, für jede Chance und für jedes Leben.

Ich bin als Medizinstudentin und Kinderkrankenschwester gekommen um zu helfen. Ich habe mit Knowhow und Improvisation gearbeitet, gepflegt, geschult. Aber vor allem habe ich verstanden, was es wirklich braucht: kein Mitleid, sondern Partnerschaft. Kein Heldennarrativ, sondern Struktur. Kein kurzes Helfen, sondern ein langes Dranbleiben.

Denn wer nur kommt, operiert und wieder geht, hinterlässt oft nichts, nur Abhängigkeit. Echte Entwicklung heißt: Wissen teilen, Ressourcen vor Ort lassen, Kompetenzen aufbauen. Hilfe darf kein Exportprodukt sein und muss auf Augenhöhe stattfinden.

Solange das nicht Realität ist, braucht es mehr als gute Absichten. Es braucht Engagement. Politischen Willen. Und den Mut, Verantwortung nicht nur zu delegieren, sondern selbst zu übernehmen – als Pflegenden, als Ärztinnen und Ärzte, als Gesellschaft.

Foto: MedJunge/Kinderherzen e.V.



In der weltweit ersten mobilen Kinderherzen-Klinik (MOHKI) werden Herz Kinder in Krisenregionen, Entwicklungs- und Schwellenländern schon ab frühestem Säuglingsalter mit modernster, medizinischer Ausstattung operiert.

Anzeige

➔ **FÜR BESTEN DURCHBLICK**

➔ **BEI DER HYBRID-DRG-ABRECHNUNG**

HYBRID-DRG: KURZ ERKLÄRT –

EINFACH ABGERECHNET

➔ **Unsere Experten sagen Ihnen, was Sie wissen müssen!**

Rundum-Service ohne Softwarekosten
mit **BETEILIGUNGSBERECHNUNG**
und zu **ATTRAKTIVEN KONDITIONEN!**

JETZT IHR ANGBOT ANFORDERN
und für noch mehr Durchblick
ein Brillenputztuch erhalten:
ihre-pvs.de/hybrid-drg

PVS holding
ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN

bayern
berlin-brandenburg-hamburg
rhein-ruhr
pria

ihre-pvs.de

Ein kleines Portrait von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken

Wer ist „die Neue“?

Mit Nina Warken als Bundesgesundheitsministerin hatte niemand in Berlin gerechnet. Weder ihr Beruf der Rechtsanwältin, noch ihre bisherige politische Tätigkeit als Parlamentarische Geschäftsführerin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion wiesen auf ihrer Benennung hin. Während der Koalitionsverhandlungen war die 46-jährige Warken in der Arbeitsgruppe Innen, Recht, Migration und Integration verortet. Das war schlüssig, denn sie hat den Vorsitz des Bundesfachausschusses für Innere Sicherheit der CDU. Bisherige Berührungspunkte mit der Gesundheitspolitik beschränkten sich auf Bundesebene auf ihre Mitgliedschaft und Tätigkeit als Obfrau im 21köpfigen interdisziplinären Parlamentarischen Begleitgremium COVID-19-Pandemie, das während der 19. Legislaturperiode gesundheitliche, juristische und soziale Fragestellungen der Pandemie-Bewältigung behandelte.



Meet & Greet mit der neuen Bundesgesundheitsministerin: Unsere Studierenden und jungen Ärzte hatten die Gelegenheit Nina Warken direkt vor der Leipziger Nikolaikirche, zur Eröffnung des Deutschen Ärztetages, zu treffen.

Foto: Klaus Rinkel

Schaut „unvoreingenommen“ auf Themen

Warken hat während der Pandemie große Loyalität gegenüber den Positionen des damaligen Bundesgesundheitsministers und heutigen Vorsitzenden der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, gezeigt. Als Juristin hat sie die teils umstrittenen „Pandemiegesetze“ auch „fachlich“ in politischen Debatten vollumfänglich verteidigt. Merz könnte diese verlässliche Haltung Warkens als zukunftsweisend verbucht haben, die ihm eine harmonische Zusammenarbeit in der Bundesregierung ohne Opposition im eigenen Lager „verspricht“.

Starke Argumente für ihre Berufung durch den Bundeskanzler hat Warken selbst in einem Interview mit dem Redaktionsnetzwerk Deutschland am 17. Mai 2025 angeführt: „Ich schaue unvoreingenommen auf die Themen. Ich bin weder vorbelastet noch voreingenommen, wenn ich jetzt in den offenen Dialog mit Ländern, Krankenkassen, Ärzteschaft, Pflege, Apothekern, Krankenhausvertretern und allen anderen Interessengruppen im System trete. Das kann helfen, neue Lösungen zu finden. Und auch wenn ich nicht im Gesundheitsausschuss war, habe ich mich als Wahlkreisabgeordnete und Rechtspolitikerin immer wieder mit Gesundheitspolitik befasst. Als Mutter von drei Söhnen und gesetzlich Versicherte kenne ich das Gesundheitswesen auch aus eigener Anschauung sehr genau.“

Erfahrene Gesundheitspolitiker an ihrer Seite

Die an Warkens Seite gestellten parlamentarischen Staatssekretäre, Georg Kippels (CDU) und Tino Sorge (CDU), sind langjährige Gesundheitspolitiker und bieten für die neue Bundesgesundheitsministerin im Dickicht des Gesundheitswesens die entsprechende fachliche Expertise.

Dialogbereitschaft hat Nina Warken schon in ihrer Regierungserklärung betont und auf dem Deutschen Ärztetag in Leipzig Ende Mai bekräftigt: „Eine gute Kommunikation und eine gute Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen halte ich für entscheidend.“ Er halte es für ausgesprochen klug von Warken, bei der Bewältigung der Zukunftsthemen „die Erfahrung und das Wissen derjenigen einzubeziehen, die in Kliniken, in Praxen, in Gesundheitsämtern, in Forschungslaboren und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens Verantwortung tragen“, zeigte sich der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, erfreut. „Ohne ihre Perspektive sind Reformen bestenfalls gut gemeint – aber nur selten wirklich gut gemacht“, mahnte er. „Bei einigen Ihrer Vorgänger ging dieser Erkenntnis ein längerer Erfahrungsprozess voraus. Ich bin froh, dass wir uns diesen Umweg sparen können.“

Die Berufung Warkens durch Bundeskanzler Friedrich Merz (CDU) könnte aus mehreren Perspektiven „Sinn“ ergeben. Baden-Württemberg, das in der Ampel-Koalition eher stiefmütterlich mit hohen Ämtern bedacht wurde, hat mit ihrer Benennung zur Bundesgesundheitsministerin eine weitere deutliche Aufwertung erfahren, denn Kanzleramtschef Torsten Frei stammt ebenfalls von dort. Als Generalsekretärin der CDU Baden-Württembergs hat Warken auch landespolitisch einen großen Einfluss. Jahrelange bundespolitische Erfahrung besitzt die Bundesgesundheitsministerin ebenfalls: bis auf eine kurze Unterbrechung ist sie seit 2013 Mitglied des Deutschen Bundestags.

Aufgrund ihrer bisherigen Aufgaben bringt Warken administrative und koordinierende Kompetenz mit. Die in ihrer Führungsposition unabdingbar notwendige Durchsetzungskraft hat sie kürzlich durch ihre erfolgreiche Kampfkandidatur um den Vorsitz der Frauen-Union unter Beweis gestellt. Damit zählt Nina Warken innerhalb ihrer Partei nun auch zu den bundespolitischen Schwergewichten: mit diesem Amt ist sie automatisch Mitglied im Bundesvorstand der CDU.

Geschlechterverteilung in der Medizin im Wandel

Frauenanteil stagniert im Bereich der Führungspositionen

Der Anteil der Frauen im Medizinstudium steigt kontinuierlich. Zwei Drittel der Studienanfänger im Fach Medizin sind derzeit Frauen. Demgegenüber zeigt sich, dass der Frauenanteil je nach Fachrichtung im Arztberuf sehr unterschiedlich ausfallen kann. Insbesondere in der Psychotherapie und der Kinderheilkunde stellen die Frauen die Mehrheit, während in den chirurgischen Fächern und der Urologie mehr Männer vertreten sind. Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) weist in seinem „Update 2024“ seiner Studie „Medical Women on Top (MWoT)“ zudem auf einen immer noch geringen Anteil von Frauen in Führungspositionen in einigen, von den für die Studie untersuchten 14 Fachrichtungen hin. Insbesondere stagniere die Entwicklung bei Frauen in Führungspositionen in der Universitätsmedizin.

Bei der ersten Erhebung im Jahr 1975 lag der Frauenanteil im Medizinstudium noch knapp unter 30 %. Seither hat sich das Blatt gewendet und der Frauenanteil ist stetig gewachsen. Im Jahr 1998 wurde erstmals Parität bei den Studierenden erreicht, danach überholten die Frauen die Männer. Im Jahr 2023 waren laut dem Statistischen Bundesamt (Destatis) 113.383 Studierende im Fach Humanmedizin eingeschrieben, davon waren 73.244 weiblich (rund 65 %).

Im Arztberuf arbeiten fast gleich viele Frauen wie Männer. In 2022 wurde mit 50,7 % schließlich sogar die 50 %-Marke überschritten. Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte lag im Jahr 2024 laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer bei 437.162, davon 218.878 Ärztinnen. Das entspricht einem Anteil von 50 %. Ein Blick auf die letzten zehn Jahre zeigt außerdem, nach einer im Oktober 2024 veröffentlichten Analyse der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank), dass Ärztinnen unter den Existenzgründern mittlerweile in der Mehrheit sind. Ihr Anteil hat sich mittlerweile bei gut 60 % eingependelt.

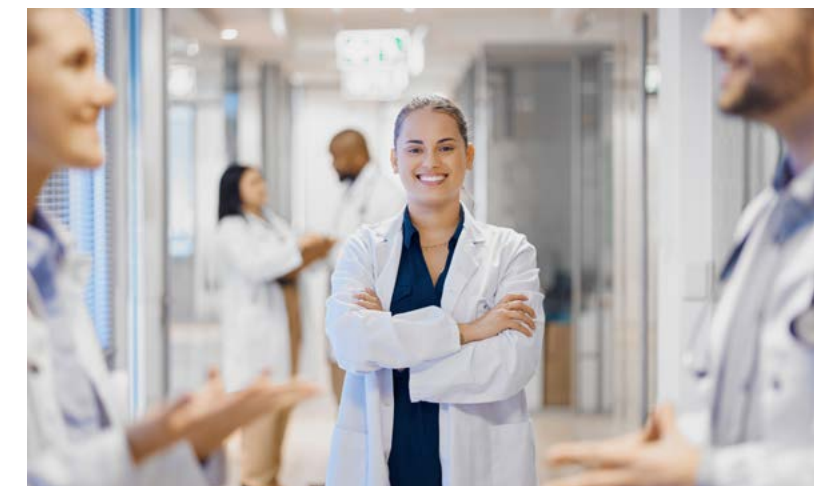
Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer und Informationen aus dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) deuten auf deutliche Unterschiede in der Geschlechterverteilung je nach Fachrichtung. So haben Frauen nach der Ärztestatistik in der Allgemeinmedizin einen Anteil von 54 %. Fächer wie die Chirurgie, Neurologie und Radiologie werden eher von Männern dominiert – mit einem Anteil von jeweils rund 76, 58 und 62 %. Nach den Zahlen der KBV ist der Anteil der Frauen bei den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Chirurgen und Orthopäden mit rund 17 % am niedrigsten, gefolgt von der Urologie mit rund 18,6 % und der Radiologie mit 36,7 %. Auf der anderen Seite sind nach der Ärztestatistik in den Fächern Frauenheilkunde und Geburtshilfe (74 %), Psychiatrie und Psychotherapie (55 %) sowie in der Kinder- und Jugendmedizin (65 %) mehr Frauen vertreten. Der KBV zufolge sind 74,4 % der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Frauenärzte, 67,2 % der ärztlichen Psychotherapeuten und 61,3 % der Kinderärzte weiblich.

Hartmannbund fordert klaren Kurswechsel

Nach den aktuellen Ergebnissen der MWoT-Studie – Update 2024 ist der Anteil an Oberärztinnen gestiegen. Frauen besetzen mittlerweile 41 % der Oberarztstellen an den untersuchten Universitätskliniken (37 % in 2022). In einigen der 14 untersuchten klinischen Fächer liege der Anteil an Oberärztinnen sogar schon über der Hälfte: Pathologie und Kinderheilkunde (über 50 %) sowie Dermatologie

und Frauenheilkunde (über 60 %). Dagegen stagniere die Entwicklung bei Frauen in Führungspositionen in der Universitätsmedizin, z. B. Klinikdirektorinnen. Hier hätte man nur ein minimales Wachstum von 13 % (MWoT 2022) auf 14 % feststellen können. Einen Grund für den geringen Frauenanteil in Führungspositionen sieht die Studie unter anderem in der Schwierigkeit, Beruf und Karriere in Einklang mit dem Familienleben zu bringen.

„Es ist höchste Zeit für konkrete Maßnahmen für einen klaren Kurswechsel zur Beendigung der geschlechterspezifischen Ungerechtigkeiten im Gesundheitswesen“, konstatierte Dr. med. Wenke Wichmann, Sprecherin des Hartmannbund-Ausschusses „Ärztinnen“ am 7. März 2025 zum Internationalen Frauentag. Laut Dr. Dr. med. Galina Fischer, ebenfalls Ausschuss-Sprecherin, brauche es in Führungspositionen, in der Forschung und in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung konkrete Förderung für Ärztinnen. Der Ausschuss fordert zudem einen „Kurswandel“: „Nicht nur Ärztinnen, sondern auch Ärzte müssen ihren Anspruch auf Elternzeit diskriminierungsfreigeltend machen können.“ Dr. med. Iris Illing, Mitglied im dreiköpfigen Vorstandsgremium der Ärztinnen im Hartmannbund, bekräftigt: „Wir sind überzeugt, dass ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem nicht nur die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen verbessert, sondern auch die Versorgungsqualität für alle Patientinnen und Patienten steigert.“



Insbesondere stagniert die Entwicklung bei Frauen in Führungspositionen in der Universitätsmedizin.

Koalitionsvertrag zur Gesundheit und Pflege

Zentrale Gesetze: Ärzteschaft ist besonders betroffen

Der 144 Seiten starke Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, wurde von ihren Parteivorsitzenden am 5. Mai 2025 unterzeichnet. In 16 Arbeitsgruppen wurde über die Inhalte des Konvoluts beraten, die Arbeitsgruppe 6 behandelte den Bereich Gesundheit und Pflege. Ein 19köpfiges Gremium, bestehend aus den Spitzen der jeweiligen Parteien hat die endgültige Koalitionsvereinbarung mit dem Titel „Verantwortung für Deutschland“ verfasst. Noch mit dem alten Bundestag wurde im März 2025 eine Reform der Schuldenbremse beschlossen, die eine Grundgesetzänderung notwendig machte: Nun darf der Bund seine Verteidigungsausgaben ohne Einschränkung durch die Schuldenbremse massiv steigern. Außerdem wurde ein Sondervermögen von 500 Milliarden Euro für Infrastruktur und Klimaschutz aufgelegt. Kernstück des Koalitionsvertrags im ärztlichen Bereich bildet die angestrebte primärärztliche Steuerung sowie die Weiterentwicklung der Krankenhausreform.

Die in den vorangegangenen Legislaturperioden etablierte Tradition, den Koalitionsvertrag im Bereich Gesundheit und Pflege sehr detailliert zu formulieren, folgt auch die schwarz-rote Koalition. Hier hatte die Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege schon eine ausführliche Vorlage verfasst, die aber nicht gänzlich in den Koalitionsvertrag Eingang fand. Allein die von ihr erarbeitete Aufstellung „Rücküberstattung an GKV und SPV“ (SPV steht für Soziale Pflegeversicherung) umfasst einen Finanzbedarf von rund 62,5 Mrd. Euro für die 21. Legislaturperiode. Enthalten sind kostendeckende Bei-

träge für die Bürgergeldempfänger, die derzeit unterfinanziert sind von jeweils 10 Mrd. Euro pro Jahr (40 Mrd. für diese Legislatur), eine aufwachsende Dynamisierung des Bundeszuschusses von 3,5 Mrd. Euro in den kommenden vier Jahren Regierungszeit, die Rücküberstattung von Pandemiekosten an die soziale Pflegeversicherung von 5,2 Mrd. Euro, die Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige von insgesamt 13 Mrd. Euro in dieser Legislaturperiode. Die möglichen „Aufwendungen“ für gesundheitspolitische Maßnahmen in dieser Legislatur bewegen sich

im Rahmen von 23,1 Mrd. Euro, die die AG 6 auflistete. Als mögliche „Einsparmöglichkeiten“ verzeichnete die AG etwa 12 Mrd. Euro in dieser Legislatur. Das Finanztableau dieser Arbeitsgruppe ist nicht in den Koalitionsvertrag übernommen worden.

Die exorbitanten Beitragssatzsteigerungen der Sozialversicherungsbeiträge zu Beginn des Jahres 2025, wurden durch die dramatische Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen und gesetzlichen Pflegeversicherung mit verursacht. Der Sozialversicherungsbeitrag könnte nach Einschätzungen von Experten Ende des Jahres 2025 bis zu 43 Prozent betragen. Deshalb liegt schon in der kurzen Präambel des Kapitels 4.2 im Koalitionsvertrag „Gesundheit und Pflege“ ein Schwerpunkt auf der Bezahlbarkeit der Versorgung und der Stabilisierung der Beiträge: „Wir wollen eine gute, bedarfsgerechte und bezahlbare medizinische und pflegerische Versorgung für die Menschen im ganzen Land sichern. Dafür wagen wir tiefgreifende strukturelle Reformen, stabilisieren die Beiträge, sorgen für einen schnelleren Zugang zu Terminen und verbessern die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen.“

Stabilisierung der Beitragssätze

Der erste Punkt in diesem Kapitel behandelt denn auch die „Stabilisierung der Beitragssätze“. Schonungslos fällt die Diagnose aus: Die Einnahmeentwicklung der GKV und SPV bleibe deutlich hinter ihre Ausgaben zurück. Die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) in der Öffentlichkeit erläuterte Zielsetzung, die Finanzsituation stabilisieren und eine weitere Belastung für die Beitragszahlerinnen und -zahler vermeiden zu wollen, wird hier schon vorgezeichnet. Das „Gesamtpaket aus strukturellen Anpassungen

und kurzfristigen Maßnahmen“ soll die „steigende Ausgabendynamik stoppen“ und die „strukturelle Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen“ schließen. Zur langfristigen Stabilisierung wird eine Kommission „unter Beteiligung von Expertinnen und Experten und Sozialpartnern“ eingerichtet. Laut Koalitionsvereinbarung soll die Kommission bis zum Frühjahr 2027 entsprechende Vorschläge erarbeitet haben, doch Bundesgesundheitsministerin Warken zielt aufgrund der kritischen Situation auf das Jahr 2026. Die Ärzteschaft zeigt sich ausgesprochen erfreut über die Mitwirkungsangebote der Bundesgesundheitsministerin, denn der ehemalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hatte diese (wie auch andere Beteiligte im Gesundheitswesen) in die „Lobby-Ecke“ gestellt und kaum zu wesentlichen Beratungen hinzugezogen.

Für die soziale Pflegeversicherung soll es laut Koalitionsvereinbarung eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministerebene unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände geben, die ihre Ergebnisse noch in 2025 vorlegen soll. Bundesfinanzminister Lars Klingbeil (SPD) hat in öffentlichen Äußerungen schon zu erkennen gegeben, der Pflegeversicherung die von ihr übernommenen rund 5,2 Mrd. Euro Pandemiekosten zu erstatten, um den Pflegeversicherungsbeitrag kurzfristig zu stabilisieren.

Prävention und Primärärztsystem im Fokus

Im Bereich der „Prävention“ kündigt der Koalitionsvertrag die Erweiterung der U-Untersuchungen an. Ob sich unter den zu stärkenden „freiwilligen Angeboten“ auf kommunaler Ebene, die der Koalitionsvertrag ermöglichen will und die besonders „die vulnerablen Gruppen“ in den Blick nehmen sollen, die „Gesundheitsrisiko“ verbergen könnten, die mit dem ehemaligen Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach im vermeintlichen Aufbau von unnötigen Parallelstrukturen teilweise eher zum roten Tuch avancierten, ist noch nicht auszumachen. Einsamkeit soll bekämpft werden, ist ein weiteres Thema der „Prävention“ (siehe hierzu auch den Beitrag aus dieser Ausgabe des HB-Magazins). Warum allerdings die vereinbarte Beseitigung „von Hürden zugunsten eines besseren Datenaustauschs im Gesundheitsdatennutzungsgesetz“ an dieser Stelle aufgeführt sind und nicht bei dem Punkt „Digitalisierung“ in diesem Kapitel ist nicht ersichtlich. Der Prüfauftrag im Koalitionsvertrag wie der Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) weiterhin unterstützt werden könnte, hat seitens der Ärzteschaft die Befürchtung hervorgerufen, dass die begonnene ÖGD-Stärkung in Anbetracht der Gesamtlage nicht mehr ausreichend verfolgt wird, sondern in Konzeptpapieren stecken bleibt.

Insbesondere seitens der Arbeitgeber wurden die gestiegenen Krankschreibungen massiv an die Politik adressiert, daher könnte die Zielsetzung im Koalitionsvertrag rühren, den „Missbrauch der telefonischen Krankschreibung“ „zum Beispiel durch Ausschluss der Online-Krankschreibung durch private Online-Plattformen“ entgegenwirken zu wollen.

Der Kern der Koalitionsvereinbarung für Reformen in der Ambulanten Versorgung liegt in der Einführung eines „verbindlichen Primärärztsystems“ mit dem eine „möglichst zielgerichtete Versorgung der Patientinnen und Patienten“ und „eine schnellere Terminvergabe“ verbunden sein sollen. Gelten soll die freie Arztwahl von Haus- und Kinderärzten in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag, Ausnahmen soll es für Augenheilkunde und Gynäkologie geben. „Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung werden wir geeignete Lösungen erarbeiten (zum Beispiel Jahresüberweisungen oder

Wohl durch nicht einzuhaltende Fristen weise geworden, finden sich in diesem Koalitionsvertrag zur ePA keine konkreten Termine.



Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall).“ Die fachärztliche Versorgungsanbindung wird folgendermaßen skizziert: „Die Primärärztinnen und Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betriebene Rufnummer 116117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln. Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht.“

Die Grundzüge dieses im Koalitionsvertrag genannten Primärarzt-Konzepts sind so von der Bundesgesundheitsministerin in der Öffentlichkeit schon in Reden oder Interviews in verschiedenen Varianten benannt worden. Auch die im Koalitionsvertrag mit diesem Konzept verbundene Absicht, „die flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin“ zu schaffen. Doch sind die Ausgestaltungs- und Detailfragen bekanntlich in diesem Bereich entscheidend, so dass der Vertrag hier eine Breite an Umsetzungsmöglichkeiten offen lässt, die auch ein erhebliches Diskussionspotential beinhalten. Die Bundesärztekammer hat auch ein differenziertes Konzept erarbeitet. Die in der Koalitionsvereinbarung avisierte „Stärkung der Kompetenzen der Gesundheitsberufe in der Praxis“ dürfte auch in Zusammenhang mit der geplanten Entlastung der Ärzte stehen.

Fairnessausgleich zwischen über- und unterversorgten Gebieten

Das Honorarsystem im ärztlichen Bereich mit dem Ziel zu verändern „die Anzahl nicht bedarfsgerechter Arztkontakte zu reduzieren (Jahrespauschalen)“, wie es die Absicht der Koalitionäre ist, dürfte nur im Zusammenklang mit der Reform des Primärarztsystems Sinn ergeben, auch wenn dieser Bezug in der Koalitionsvereinbarung nicht hergestellt wird. Die „Flexibilisierung des Quartalsbezugs“ solle „neuen Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang“ ermöglichen wie auch die „Vergütung von Praxis-Patienten-Kontakten“, heißt es im Koalitionsvertrag. Das Thema Jahrespauschalen und grundsätzliches Abschaffen des Quartalsbezugs wurde schon im Rahmen der Gesetzgebung zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (Stichwort: Entbudgetierung der Hausärzte) des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Karl Lauterbach heftig diskutiert, hier hatte man sich schlussendlich auf eine, für die jeweilige Erkrankung bis zu vier Quartale umfassende, Versorgungspauschale bei Chronikern „ohne hohen Betreuungsbedarf“ in der hausärztlichen Versorgung geeinigt.

Der im Koalitionsvertrag genannte „Fairnessausgleich zwischen über- und unterversorgten Gebieten“ hat in der Ärzteschaft sehr viel Unmut hervorgerufen. In (drohend) unterversorgten Gebieten soll es Zuschläge zum, in überversorgten Gebieten (größer 120 Prozent) Abschläge vom Honorar geben. Die Mitbetreuung unterversorgter Gebiete durch Fachärzte in überversorgten Gebieten werde hier zum Beispiel gar nicht berücksichtigt, kritisiert der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt. Der Koalitionsvertrag avisiert außerdem lediglich einen Prüfauftrag zur „Entbudgetierung von Fachärztinnen und Fachärzten“ und nur für diejenigen „in unterversorgten Gebieten“.

Sehr positiv dürfte die angekündigte Regelung im Vertrag zur „Sozialversicherungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten im Bereitschaftsdienst der Krankenversicherung“ aufgenommen werden, die dringend zur Aufrechterhaltung der Versorgung notwendig ist. Ebenfalls erfreulich ist die Ankündigung, dass mehr Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in einer Arztpraxis absolvieren können sollen (zwei pro Weiterbildung) wie auch der

Kapazitätsausbau der Weiterbildungsstellen für Kinderärztinnen und Kinderärzte.

Auch die sektorenübergreifende Versorgung wird im Koalitionsvertrag angesprochen. Die sektorenunabhängigen Fallpauschalen (Hybrid-DRGs) sollen weiterentwickelt und „umfassend“ ermöglicht werden. Eine ausreichende Honorierung der Hybrid-DRGs, auch der Sachkosten, dürfte im Rahmen dieser Reform noch ein großes Diskussionsthema werden.

Die Koalitionsvereinbarung verspricht ein seitens der Ärzteschaft schon lange erwartetes Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ-Regulierungsgesetz), das „Transparenz über die Eigentümerstruktur sowie die systemgerechte Verwendung der Beitragsmittel sicherstellt“.

Weiterentwicklung der Krankenhausreform

Erstaunlicherweise beschränkt sich die Ankündigung im teilweise sehr detaillierten Koalitionsvertrag, die „Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform auf den Weg“ zu bringen auf diese schlichte Aussage. Hingegen wird der Krankenhausreform unter der Überschrift „Krankenhauslandschaft“ eine größere Ausführung gewidmet. Die schon erfolgte Krankenhausreform soll weiterentwickelt werden, im Koalitionsvertrag wird der Sommer 2025 genannt. Bundesgesundheitsministerin Warken hat den Gesetzentwurf, also den Beschluss durch das Bundeskabinett, nach der Sommerpause des Deutschen Bundestags angekündigt. Zur Sicherstellung der Grund- (Innere, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe) und Notfallversorgung der Menschen „besonders im ländlichen Raum“ soll es „Ausnahmen und erweiterte Kooperationen“ geben. Die Definition der Fachkrankenhäuser soll überarbeitet werden, damit „die für die Versorgung relevanten Fachkliniken“ in den Ländern erhalten bleiben können. Auch das System der belegärztlichen Versorgung soll verbessert werden. Eine Erleichterung für die Krankenhäuser dürfte die im Koalitionsvertrag angekündigte „Zuweisung der Leistungsgruppen auf Basis der 60 NRW-Leistungsgruppen zuzüglich der speziellen Traumatologie sein, mithin sind die weiteren neuen Leistungsgruppen, die in Fachkreisen als nicht umsetzbar galten, gestrichen. Ebenfalls hat der Koalitionsvertrag die Forderung aus Fachkreisen, dort, wo es „medizinisch sinnvoll ist, die Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leistungs- und/oder Qualitätsvorgaben zu verändern“, aufgenommen. Dies gelte in „gleicher Weise für die Anrechenbarkeit der Ärztinnen und Ärzte pro Leistungsgruppe“. Fristen, die teilweise auch nicht mehr zu halten waren, sollen verschoben werden, der Koalitionsvertrag benennt hier Details. Das Jahr 2027 soll für alle Krankenhäuser erlösneutral ausgestaltet sein, die Vorhaltevergütung soll in zwei Schritten eingeführt wer-



den. In den Bundesländern, die bis Ende 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, bleiben diese rechtswirksam und werden als Basis für die Vergütung ab 2026 genutzt.

Sowohl für die Krankenhäuser als auch die gesetzlichen Krankenkassen stellt der Koalitionsvertrag die Erfüllung einer großen Forderung in Aussicht: „Die Lücke bei den Sofort-Transformationskosten aus den Jahren 2022 und 2023 sowie den bisher für die GKV vorgesehenen Anteil für den Transformationsfonds für Krankenhäuser finanzieren wir aus dem Sondervermögen Infrastruktur“, heißt es dort. Erstere bedeutet laut der Tabelle der AG Gesundheit und Pflege etwa 4 Mrd. Euro für die Krankenhäuser (voraussichtlich in der Auszahlung verteilt auf zwei Jahre) sowie für die gesetzlichen Krankenkassen die ersparte Zahlung von jährlich 2,5 Mrd. Euro über 10 Jahre an den Krankenhaustransformationsfonds.

Auch dieser Koalitionsvertrag kündigt ein Bürokratienteilungsgesetz im Gesundheitswesen an. Dies betrifft sowohl den GKV-Bereich als auch die Pflege. Berichts- und Dokumentationspflichten, die aufgrund der Coronapandemie eingeführt wurden, sollen abgeschafft werden. Eine KI-unterstützte Behandlungs- und Pflegedokumentation soll ermöglicht werden. Die von der Ärzteschaft immer wieder geforderte Bagatellgrenze soll nun mit 300 Euro bei der Regressprüfung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte eingeführt werden, ebenso entsprechende Regelungen für andere Leistungserbringerinnen und -erbringer. Die Verschreibung und Abrechnung von Heil- und Hilfsmitteln gegenüber den Krankenkassen sollen vereinfacht werden. Die Prüfquote bei Krankenhäusern soll erheblich gesenkt werden. Die Aufgaben der Kontrollinstanzen in der Pflege (Medizinischer Dienst und Heimaufsicht) sollen verschränkt



Die schon erfolgte Krankenhausreform soll weiterentwickelt werden, im Koalitionsvertrag wird der Sommer 2025 genannt.

Ringen um die optimalen Regelungen

Ärztliche Patientensteuerung in der ambulanten Versorgung

Als eines der ersten Vorhaben in ihrer Amtszeit möchte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) das im Koalitionsvertrag vereinbarte verbindliche Primärarztssystem angehen. Ziel ist eine möglichst zielgerichtete Versorgung sowie eine schnellere Terminvergabe. Demnach sollen sich Patientinnen und Patienten zunächst bei einer Hausarztpraxis einschreiben, die dann die Koordinierung der Weiterbehandlung übernimmt.



Für Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt ist hierbei die konkrete Umsetzung „entscheidend“, wie er in seiner Rede vor dem 129. Deutschen Ärztetag Ende Mai betonte. Das System müsse gemeinsam mit der Ärzteschaft intelligent, praktikabel und an den Versorgungsrealitäten orientiert ausgestaltet werden. Der Deutsche Ärztetag in 2024 – wie auch der Hartmannbund – hatten sich bereits für ein Primärarztssystem ausgesprochen, um künftig die Patientenwege im Versorgungssystem effektiver zu koordinieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat vor dem Hintergrund der Koalitionspläne Positionen und Vorschläge zur Verbesserung der Patientensteuerung vorgelegt. Auch die Kassen befürworten die Etablierung eines solchen Systems. Unter anderem hält der Verband der Ersatzkassen (vdek) sein Konzept „Persönliches Ärzteteam“ für eine sinnvolle Ausgestaltung der Koalitionspläne.

Nach den Vorstellungen des Koalitionsvertrags soll das verbindliche Primärarztssystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag erfolgen. Ausnahmen sollen bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie gelten. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung würden zudem geeignete Lösungen erarbeitet (zum Beispiel Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall). Die Primärärztinnen und -ärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betriebene Rufnummer 116 117 sollen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin feststellen und den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) festlegen. Die KV soll hierfür verpflichtet werden, diese Termine zu vermitteln. „Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht“, heißt es im

Koalitionsvertrag. Zudem werde die flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin geschaffen.

Schnelle Umsetzung angekündigt

In einem Interview mit dem Redaktionsnetzwerk Deutschland (RND) kündigte die Bundesgesundheitsministerin die schnelle Umsetzung an. „Durch das Hausarztmodell bekommen wir mehr Steuerung und mehr Ordnung in das Gesundheitssystem und können zielgerichteter behandeln“, äußerte sie u.a. gegenüber dem RND. Der diesjährige 129. Deutsche Ärztetag fasste dazu einen Beschluss: Das Primärarztssystem sollte an eine sozial verträgliche Selbstbeteiligung gekoppelt werden, um gezielt Anreize für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten zu setzen. Gleichzeitig müsse gewährleistet sein, dass Menschen mit geringem Einkommen durch diese Regelung nicht von notwendigen Arztbesuchen abgehalten werden. Zur Begründung hieß es: Das deutsche Gesundheitswesen komme – im Krankenhausbereich, in der Notfallversorgung und im ambulanten Bereich – durch steigende Kosten, Fachkräftemangel und hohen Investitionsbedarf bei gleichzeitig niedrighschwelliger Inanspruchnahme mit gestiegener Anspruchshaltung zunehmend an seine Grenzen. Anders als jahrelang praktiziert, sei es nicht mehr möglich, diese Defizite durch immer mehr Geld zu beheben. Daher müssten Patientinnen und Patienten stärker in die Pflicht genommen werden. „Das Gesundheitssystem benötigt eine koordinierte Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen von Patientinnen und Patienten, um der Diskrepanz zwischen begrenzter Verfügbarkeit von Leistungen und Ressourcen und vorhandenem Behandlungsbedarf zu begegnen“, heißt es in einer von den Delegierten der Hauptversammlung des Hartmannbundes verabschiedeten Erklärung vom November 2024.

Keine unnötige Mehrbelastung

Nach einem Konzeptpapier „Koordination und Orientierung in der Versorgung“ der Bundesärztekammer soll die primärärztliche Versorgung zum Normalfall werden. Der Hausarzt sollte erste Anlaufstelle sein und nur im Bedarfsfall an Fachpraxen weiterleiten. Um Verbindlichkeit zu erreichen, sollte die Einschreibung in eine primärärztliche Praxis in der Regel für mindestens zwölf Monate erfolgen. Es solle nicht zu einer unnötigen Mehrbelastung ärztlicher Einrichtungen führen. „Eine Überweisung der Patientin bzw. des Patienten durch Hausärztinnen und Hausärzte soll kein Gatekeeping sein, sondern dann erfolgen, wenn ein interdisziplinärer Ansatz erforderlich oder absehbar ist“, heißt es. Finanzielle Steuerungsinstrumente sollten erst dann erwogen werden, wenn sich das System etabliert habe und unter anderem ein verlässlicher und schneller Zugang in die jeweiligen Versorgungsstrukturen gegeben sei.

Die Terminportale und die telefonische Vermittlung der Kassenärztlichen Vereinigung über 116117 könnten zudem noch optimiert werden, erläuterte Reinhardt Ende März in einem Interview mit der Neuen Osnabrücker Zeitung (NOZ). Denn jeder Patient habe Anspruch darauf und brauche die Sicherheit, dass er gesehen werde. „Aber wer auf eine Behandlung jenseits der ihm angebotenen Wege

bestehe, müsste sich dann auch selbst an den zusätzlichen Kosten beteiligen“, verdeutlichte er. Es könne aber nicht Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten sein, Strafgebühren für die Krankenkassen einzuziehen. Für ihn sind hier viele Optionen denkbar: „von einer Selbstbeteiligung, die von den Versicherten mit den Kassen abzurechnen ist, über gestaffelte Kassentarife“, erklärte Reinhardt. Entscheidend sei, dass die Zuzahlung unbürokratisch und nachvollziehbar geregelt wird. „Dass sich jeder auf Kosten der Allgemeinheit aussucht, was ihm am besten passt, das ist weltweit einzigartig, aber nicht fair und definitiv nicht mehr länger leistbar und bezahlbar“, unterstrich er.

Vorhaltefinanzierung erforderlich

Das Konzept der KBV sieht vor, dass die Steuerung der Patienten durch Hausärzte (Allgemeinmediziner und Internisten), Kinder- und Jugendärzte sowie Frauenärzte erfolgt – mit Ausnahmen für Patienten, die zum Beispiel unter schweren chronischen Erkrankungen leiden. Zudem sollen Fachärzte für Augenheilkunde, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiterhin ohne Überweisung aufgesucht werden können. Patientinnen und Patienten, die keinen steuernden Vertragsarzt gewählt hätten, würden sich für einen Zugang zur fachärztlichen Versorgung an die 116117 wenden. Um den GKV-Versicherten ausreichend Termine über die Plattform anbieten zu können, sei es erforderlich, dass die Arztpraxen eine gewisse Anzahl an Terminen stellten. Das bedürfe aber einer entsprechenden Vorhaltefinanzierung, „damit die damit einhergehende unsichere Inanspruchnahme zu keinen finanziellen Einbußen für die Praxen führt“. Patienten, die ohne die beschriebene Steuerung einen Facharzt aufsuchen, sollen zudem eine Eigenbeteiligung leisten.

Position der Krankenkassen

Die Krankenkassen haben sich ebenfalls grundsätzlich für ein verbindliches Primärarztssystem ausgesprochen. So sieht die AOK-Gemeinschaft in der Etablierung der Primärversorgung ein Transformationsprojekt, das in der kollektiven Regelversorgung umgesetzt werden sollte. Die Einführung der Primärversorgung müsse für Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, für mehr Patientenorientierung und einen besseren Zugang sorgen. Der Verband der Ersatzkassen (vdek) warb für sein Konzept „Persönliches Ärzteteam“, das auf ein von den Versicherten frei zu wählendes Team aus einem Haus- und bis zu drei grundversorgenden Fachärztinnen und Fachärzten setzt. Hinzu komme die Möglichkeit, eine telemedizinische Ersteinschätzung über die Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einzuholen. Im Unterschied zu vielen Vorschlägen, die auf eine rein hausarztzentrierte Versorgung ausgerichtet seien, in dem nur ein Hausarzt/eine Hausärztin die Versorgung steuere, vermeide diese Ausgestaltung eines Primärarztssystems das Risiko neuer Engpässe und unnötige Zugangshürden, argumentierte der vdek. Beispielsweise sollten Menschen mit einer chronischen Erkrankung weiterhin direkt ihre Fachärzte in Anspruch nehmen dürfen. „Das Modell der Ersatzkassen berücksichtigt stärker die tatsächliche Versorgungsrealität und wirkt zugleich steuernd“, vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner.

Neue Wege aus der Isolation

Wenn Einsamkeit krank macht

Chronische Einsamkeit macht nicht nur unglücklich, sondern ist mit unterschiedlichen körperlichen und psychologischen Erkrankungen verbunden. Sechs von zehn Menschen haben laut dem Einsamkeitsreport 2024 der Techniker Krankenkasse (TK) Erfahrung mit Einsamkeit gemacht. In der vergangenen Legislaturperiode hatte das Bundeskabinett schon eine Strategie gegen Einsamkeit beschlossen. Deren Ziel ist es, das gesellschaftliche Miteinander zu stärken und Einsamkeit stärker zu beleuchten, um Einsamkeit in allen Altersgruppen vorzubeugen und zu lindern. Nach dem Koalitionsvertrag von Union und SPD soll diese Strategie weiter fortgeschrieben und die Arbeit bestehender Netzwerke unterstützt werden.

Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung heißt es im Bereich „Prävention“, dass Einsamkeit, ihre Auswirkungen und der Umgang damit, in den Fokus gerückt werden sollen. Zudem sollen Datenerhebung und Forschung zum Thema Einsamkeit insbesondere im Bereich der Kinder und Jugendlichen verbessert werden, „um zielgenaue Maßnahmen zur Bekämpfung der zunehmenden Einsamkeit vom Kindesalter bis zu den Senioren zu entwickeln“.

Die Strategie gegen Einsamkeit entstand in einem breiten Beteiligungsprozess unter der Federführung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gemeinsam mit dem Kompetenznetz Einsamkeit (KNE), einer Initiative, die sich bereits seit 2022 mit dem Thema Einsamkeit befasst. Das KNE will sich mit den Ursachen und Folgen von Einsamkeit wissenschaftlich auseinandersetzen, Präventionsmaßnahmen bündeln und die Kommunikation dazu vorantreiben. In der Strategie werden fünf Ziele zur Stärkung der sozialen Verbundenheit und des gesellschaftlichen Miteinanders verfolgt, soweit hierfür eine Kompetenz des Bundes besteht: (1) Sensibilisierung der Öffentlichkeit, (2) Wissen stärken, (3) Praxis stärken, (4) Bereichsübergreifend agieren und (5) Menschen unterstützen. Die Strategie ist langfristig angelegt, eine erste Bilanz soll am Ende der 20. Legislaturperiode gezogen werden.

Senioren stark betroffen

Laut dem „Einsamkeitsbarometer 2024“, das vom KNE am Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. erarbeitet wurde, stellt sich Einsamkeit in verschiedenen Gruppen unterschiedlich dar und hat viele Ursachen. Faktoren wie Bildung, Care Arbeit, Gesundheit und soziale Beziehungen beeinflussten das Gefühl von Einsamkeit: Verheiratete Menschen mit höherer Bildung und gutem Einkommen fühlten sich seltener einsam als alleinstehende Menschen mit wenig Bildung und wenig Einkommen. Pflegende Angehörige fühlten sich oft einsam. Außerdem waren dem Bericht zufolge seit den 1990er-Jahren die Einsamkeitsbelastungen stabil bis abnehmend. Dieser Trend sei allerdings durch Corona gebrochen worden.

Die Daten zeigen konkret, dass Personen über 75 Jahre im Längsschnitt am stärksten von Einsamkeit betroffen sind. 2020 waren jedoch jüngere Personen (zwischen 18 und 29 Jahren) mit

Licht am Ende des Tunnels? Anonyme Hotlines sollen u. a. helfen der Einsamkeit zu entfliehen.

31,8 % stärker mit Einsamkeit belastet als Personen im Alter von über 75 Jahre und älter (22,8 %). Auch normalisierten sich die Einsamkeitsbelastungen bei den älteren Personen im Jahr 2021 schneller. Während jüngere Altersgruppen 2021 auf höherem Niveau verharrten (14,1 %) als vor der Pandemie (8,6 % 2017), lagen die Einsamkeitsbelastungen bei älteren Personen in etwa auf dem Niveau von vor der Pandemie. Ebenso zeigen die Daten, dass Frauen eher eine erhöhte Einsamkeitsbelastung aufweisen als Männer, wobei die Pandemie diesen Effekt sogar noch verstärkt hat.

Es bestehe in der Forschung breite Einigkeit darüber, dass Einsamkeitsbelastungen mit einer erheblichen Verschlechterung der psychischen und physischen Gesundheit einhergingen, so die Autoren der Strategie gegen Einsamkeit, wodurch auch entsprechende Folgen für das Gesundheitssystem entstanden. Konkret werde Einsamkeit unter anderem mit depressiven Störungen, suizidalem Verhalten, Schlafproblemen, höherer Mortalität sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbunden. Demgegenüber könne eine schlechte physische oder psychische Gesundheit das Risiko einer Einsamkeitsbelastung erhöhen, da Krankheiten beispielsweise die Mobilität und somit auch die soziale Teilhabe einschränken können. Hier wird auf einen wechselseitigen Zusammenhang verwiesen. Im Jahr 2021 hatten 60,7 % der Menschen mit erhöhten Einsamkeitsbelastungen eine unterdurchschnittliche körperliche Gesundheit und 71,7 % eine unterdurchschnittliche psychische Gesundheit, wie die Daten des Einsamkeitsbarometers zeigen.

Ver mehrt ein gesellschaftliches Problem

Auch die Ergebnisse des TK-Einsamkeitsreports zeigen, „dauerhafte Einsamkeit geht auf die Gesundheit“. Knapp ein Viertel der Befragten (23 %), die sich häufig oder manchmal einsam fühlen, bewerten ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht. Bei jenen, die selten oder nie einsam sind, sind es nur 13 %. Fast zwei Drittel (65 %) der Befragten, die sich häufig oder manchmal einsam fühlen, leiden häufiger oder sogar dauerhaft an Stress und Erschöpfung. Menschen, die selten oder nie Einsamkeit empfinden, hingegen nur zu 36 %. Signifikante Unterschiede bestehen außerdem unter anderem bei Beschwerden wie Schläppheit oder Müdigkeit (64 % vs. 33 %) sowie unausgeglichener, gedrückter Stimmung (54 % vs. 15 %).

In den letzten Jahren wird Einsamkeit vermehrt als gesellschaftliches Problem wahrgenommen und auf unterschiedlichen politischen Ebenen thematisiert. So haben bereits Länder wie zum Beispiel Großbritannien und die Niederlande Maßnahmen zur Prävention und Linderung von Einsamkeit ergriffen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Handlungsempfehlungen wie beispielsweise eine verstärkte Forschung zum Thema formuliert,

wie die Autoren der Strategie gegen Einsamkeit erklärten. Darüber hinaus haben die Vereinten Nationen 2020 die Dekade des gesunden Alterns ausgerufen. In diesem Rahmen sollen Maßnahmen zur Bekämpfung von Einsamkeit und sozialer Isolation von den Mitgliedstaaten ergriffen werden. Das Joint Research Center der EU-Kommission arbeitet außerdem an einer weiteren Erforschung sowie Analyse der Verbreitung von Einsamkeit in Europa.

Teilhabe fördern

In Deutschland existieren auf Länderebene verschiedene Ansätze sowie Förderprogramme und -projekte, die darauf abzielen, Einsamkeit wirksamer vorzubeugen und ihre Folgen zu lindern. Zuletzt berichtete das BMFSFJ am 5. Februar 2025 von zwei Projekten, die im Rahmen der Strategie gestartet sind:

Das Projekt „Fit und verbunden gegen Einsamkeit“ startete Januar 2025 und läuft bis Dezember 2027. Es wurde vom Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) ins Leben gerufen und zielt auf die Vorbeugung und Linderung von Einsamkeit sowie die Stärkung von Gemeinschaft ab. Es wird mit insgesamt gut 900.000 Euro durch das Bundesfamilienministerium und das Bundesgesundheitsministerium gefördert. Die Idee dahinter: Durch niedrigschwellige Bewegungs- und Sportangebote sollen Menschen aller Altersgruppen mit erhöhtem Einsamkeitsrisiko, insbesondere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, gezielt angesprochen werden. Die Angebote sollen dazu beitragen, Gesundheit zu stärken, Einsamkeit zu lindern und Teilhabe zu fördern.

Das Februar 2025 gestartete Evaluationsprojekt zur Verbesserung der sozialen Teilhabe älterer Menschen ReWiSil (kurz für „Reichweite und Wirkung der Silbernetz-Hotline“) am Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) wird vom Bundesfamilienministerium mit insgesamt 126.000 Euro gefördert. Hier handelt es sich um eine Initiative gegen Einsamkeit. Das Netzwerk zielt darauf ab, Menschen ab 60 Jahren Wege aus der Isolation zu eröffnen. Das Angebot umfasst eine anonyme Kontaktaufnahme, soll den Aufbau persönlicher Beziehungen fördern und passende Unterstützungsangebote in der Umgebung vermitteln. Das Hauptangebot ist eine Telefonhotline, die älteren, einsamen Menschen vertrauliche Gespräche ermöglichen soll.

Dr. Janosch Schobin, Soziologe an der Universität Göttingen und Experte im Kompetenznetz Einsamkeit, stellte auf der Pressekonzferenz zum TK-Einsamkeitsreport außerdem die „Angebotslandkarte“ des KNE vor, als eine Möglichkeit für Menschen, die sich einsam fühlen und sozialen Anschluss suchen. „Wir verfügen in Deutschland bereits über ein großes Angebot für Menschen aller Altersgruppen, um in den sozialen Austausch zu kommen. Von Nachbarschaftstreffs, über Online- und telefonische Beratungsstellen bis hin zu Mehrgenerationenhäusern“, erklärte Schobin. Doch seien diese Angebote den Wenigsten bekannt. Durch Eingeben der Postleitzahl und weiterer Parameter finde jeder und jede ein passendes Angebot in der Nähe. „Ziel ist es“, so Schobin, „Angebote und Nachfrage noch besser zu vernetzen und bekannt zu machen.“

Erste Gesetzgebungen auf den Weg gebracht

Turbo-Start mit komplexen Anforderungen

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) arbeitet sich merklich schnell, nicht zuletzt aufgrund ihres juristischen Hintergrunds, in gesundheitspolitische Themenstellungen ein. Auf der Tagesordnung ganz oben stehen für sie zunächst einmal die Berufsgesetze zur Pflegeassistenz und zur Pflegekompetenz, die nun schnell die Gesetzgebung passieren sollen. Diese hatte ihr Vorgänger schon weit vorangetrieben und sind jedoch der verkürzten Legislaturperiode zum Opfer gefallen. Doch daneben stehen sehr gewichtige Anforderungen durch ein ungelöstes gesundheitspolitisches Erbe im Raum. Die dramatisch auf den Abgrund zusteuern den Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung wie auch der sozialen Pflegeversicherung haben Nina Warken ab Tag eins ihrer Amtszeit zur Turbo-Befassung mit den komplexen Grundlagen der GKV- und SPV-Finanzierung in Theorie und vor allem der Praxis genötigt. Warken hat es vollbracht, im Haushalt von Bundesfinanzminister Lars Klingbeil (SPD) die akut fehlenden Gelder in beiden Versicherungszweigen anzumelden.



Warken trifft nicht nur auf ein System höchster Komplexität, gleichzeitig steht sie kenntnisreichen Akteuren gegenüber, die teilweise seit Jahrzehnten solche Problematiken erörtern. In den anstehenden Strukturreformen will sich Warken, so hat sie es immer wieder angekündigt, entlang den Vorgaben des Koalitionsvertrags bewegen. Das erinnert die gesundheitspolitische Szene an den Start des damaligen Bundesgesundheitsministers Herrmann Gröhe (CDU), der ebenfalls Jurist, ebenfalls Newcomer und ebenfalls mit einem sehr ausgefeilten Koalitionsvertrag sein Amt beginnen konnte und zunächst alleinig dessen Umsetzung betrieb. Gröhe trug deshalb den Spitznamen „Notar des Gesundheitswesens“.

Doch war Gröhes Ausgangslage hinsichtlich der GKV- und SPV-Finanzen erstens wesentlich komfortabler und zweitens gibt es einen erheblichen Unterschied zu Warkens heutiger Situation: Der Koalitionsvertrag 2025 hält zur künftigen Finanzierungsgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung nur inhaltliche Leerstellen bereit. Die diesbezüglich im Vertrag avisierte Kommission für die GKV wie auch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe (SPV) werden auch nur Vorschläge unterbrei-

ten – Warkens Aufgabe wird dann darin bestehen (müssen), sich für Lösungen zu entscheiden. Die den Koalitionsvertrag im Bereich Gesundheit und Pflege vorbereitende Arbeitsgruppe hatte in den Koalitionsverhandlungen die prekäre Finanzlage beider Versicherungszweige verschriftlicht, trotzdem waren keine Lösungen, keine Marschroute im Koalitionsvertrag vereinbart worden. Mit anderen Worten: Es mangelte an Übereinkunft. Warkens schwierige Mission besteht nun nicht nur darin, die berechtigten Interessen der Akteure in eine Lösung einzubinden sondern darüber hinaus dann dafür eine politische Einigung zwischen den Koalitionären zu erzielen.

Die für die Fragen der GKV-Finanzierung eingesetzte Kommission, mit Geschäftsstelle beim Bundesministerium für Gesundheit sowie die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflege werden nach ihrem sommerlichen Start mindestens einige Monate lang tagen.

Mehr Länder-Einbindung in die Krankenhausreform

Die Weiterentwicklung der Krankenhausreform aber soll schneller vorangetrieben werden. Deren Gesetzgebungsarbeit dürfte auch in der Sommerpause andauern, um tatsächlich das Kabinett zu Beginn des zweiten Halbjahres der parlamentarischen Arbeit des Deutschen Bundestags zu erreichen. Die Länderstimmen werden maßgeblich in diese neue Krankenhausgesetzgebung eingebunden. Dies ist offensichtlich der Kontrapunkt zu Karl Lauterbachs Agieren, der seine Reform, das Krankenhausversorgungsstärkungsgesetz, entgegen seiner ursprünglichen Zusage zustimmungsfrei gestaltete. Und auch Beteiligte wie die Bundesärztekammer oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft finden diesmal intensiver Gehör. Für Warken wird dieser Gesetzentwurf eine erste Bewährungsprobe.

Darüber hinaus treibt die Bundesgesundheitsministerin die ambulante Strukturreform voran. Eine Befürchtung der Ärzteschaft besteht darin, dass reine Kostengesichtspunkte in den Vordergrund geraten könnten. Für ein langfristig tragbares Konzept aber muss die Ausrichtung an der Sache entlang erfolgen. Der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Josef Hecken, wird in Anbetracht des doppelten demografischen Wandels – bei Ärzt:innen und Patient:innen – nicht müde, illusionslos auf das knappe und deshalb ausgesprochen kostbare Gut ärztlicher Arbeit und Arbeitszeit zu blicken, das in den kommenden Jahren im wahrsten Sinne des Wortes voraussichtlich zunehmend teurer „eingekauft“ werden müsse. Das gilt es in den Strukturüberlegungen zu beachten.

Dr. Ingrid Ender aus dem Hartmannbund Brandenburg im Interview

Premiere im Landesvorstand mit 83 Jahren

Hartmannbund: Frau Dr. Ender, Sie haben mit nunmehr 83 „Lenzen“ beschlossen, sich im Hartmannbund Landesverband Brandenburg zu engagieren und sind seit dem 2. April Mitglied des Landesvorstands. Herzlichen Glückwunsch dazu. Was hat Sie zu diesem Schritt bewogen?

Dr. Ingrid Ender: Ich hatte regelmäßig Wahlaufrufe des Landesverbandes in meinem Mailingang. Beim dritten Mal habe ich dann geantwortet, dass ich die Wahlaufrufe mit Interesse gelesen, aber aus familiären Gründen gar keine Zeit habe.

Was Sie dann aber offenbar nicht vom Engagement als Delegierte abgehalten hat?

Richtig. Ich habe dann nach Rücksprache mit der Geschäftsstelle entschlossen, es einfach auf einen Versuch ankommen zu lassen. Wenn es nicht funktioniert, kann ich mein Engagement ja wieder einstellen.

Was verbindet Sie mit dem Brandenburger Hartmannbund?

Ich verfolge die Aktivitäten des Brandenburger Hartmannbundes schon seit vielen Jahren. Der Vorsitzende des Brandenburger Hartmannbundes, Dr. Pohle und ich teilen einige gemeinsame Grundüberzeugungen, etwa in Hinblick auf die notwendige Stärkung der sprechenden Medizin. Der Brandenburger Hartmannbund erhebt seine Stimme auch deutlich gegen die zunehmende Verdichtung der ärztlichen Tätigkeit. Viele Ärztinnen und Ärzte können sich doch gar nicht mehr ausreichend Zeit für den Patienten nehmen, weil die Schlagzahl so hoch geworden ist, dazu kommt ein überbordendes Ausmaß an Dokumentation und Bürokratie. Ich begrüße es zudem, dass der Brandenburger Hartmannbund auch ethische Themen in die Debatte bringt

Sie sprechen die Ethik an, gibt es hier ein Thema, das Ihnen besonders am Herzen liegt?

Besonders beschäftigt mich zurzeit die medizinische Versorgung und auch Pflege von Menschen am Lebensende. Ich erfahre immer wieder, wie demente, schwer kranke Menschen im hohen Alter leiden und ein Dasein fristen, dass die meisten von uns nicht führen wollen würden. Es geht also um das Spannungsverhältnis zwischen dem hohen und wichtigen Gut des Lebensschutzes einerseits und einem menschenwürdigen Dasein, das unnötiges Leiden vermeidet andererseits. Was wäre das Beste für die Betroffenen, wie könnten wir diesen Menschen besser helfen? Das sind keine einfachen Fragen, mit denen wir uns aber angesichts einer immer älter werdenden Bevölkerung vermehrt befassen werden müssen. Möglicherweise können wir hier auch von Nachbarländern lernen.

Was ist das aus Ihrer Sicht Wichtigste im Arzt-dasein, was raten Sie jungen Kollegen?

Den Patienten zuhören und ihn ernst nehmen. Ihn auf Augenhöhe behandeln, nicht von oben herab. Und zu eigenen Fehlern stehen und Verantwortung übernehmen. Ein Beispiel, als sich bei einer Patientin einmal Komplikationen nach der Verabreichung einer Injektion einstellten, habe ich sie in die Klinik überwiesen und dort angerufen, um eine bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Ich bin auch weiter am Ball geblieben, bis alles wieder in Ordnung war und die Patientin aus der Klinik entlassen wurde. Fehler können passieren, entscheidend ist der Umgang damit.



BUSSE & MIESSEN

Uwe Scholz Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht	Florian Elsner Fachanwalt für Medizinrecht
Sebastian Menke, LL.M. Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht	Dr. jur. Nils Willich Rechtsanwalt
Dr. jur. Ronny Hildebrandt Fachanwalt für Medizinrecht	Daniel Volmer Rechtsanwalt
Dr. jur. Stephan Südhoff Rechtsanwalt und Notar	busse-miessen.de

Rechtsberatung rund um Praxis, MVZ und Kooperationen. Mit Notar.

QR-Code scannen und entdecken, welche Leistungen wir an unseren Standorten **Berlin, Bonn und Leipzig** für Sie bereithalten.

Kontakt Berlin
Kurfürstendamm 63
10707 Berlin

Tel.: 030 226 336 - 0
Fax: 030 226 336 - 50
kanzlei@berlin.busse-miessen.de

AMBOSS unterstützt auch praxisnah bei Einarbeitung und Facharztprüfung

Mit klinischen Fällen auf Prüfung & Alltag vorbereiten

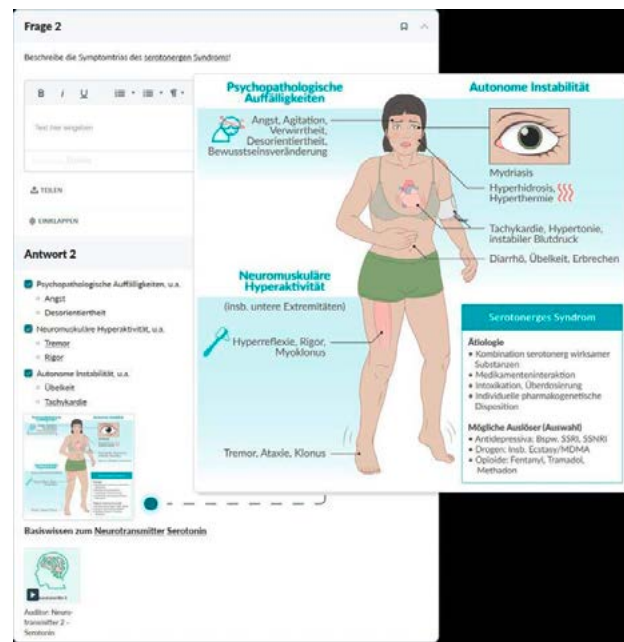
Neben dem klinischen Berufsalltag das eigene Wissen zu festigen oder sich gezielt auf die fachärztliche Prüfung oder Rotation vorzubereiten, ist keine leichte Aufgabe für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Für viele stellt sich dabei die Frage: Wie kann ich mich neben der Theorie auf realitätsnahe und praxisbezogene Fragestellungen vorbereiten? AMBOSS gibt mit den neuen klinischen Fällen eine klare Antwort: mit fallbasierendem Lernen, das medizinische Entscheidungsfindung und prüfungsrelevante Kommunikation in den Mittelpunkt stellt.

50 Fallbeispiele pro Fachrichtung: Praxisnah und interaktiv

Die realitätsnahen Behandlungsszenarien wurden von der AMBOSS-Redaktion anhand zahlreicher Prüfungsprotokolle konzipiert und sind spezifisch auf typische Prüfungsinhalte der jeweiligen Fachrichtung zugeschnitten. Dank multimedialer Inhalte wie Sonografie- und CT-Bildern, Laborergebnissen, Überweisungs- und Konsilscheinen, Medikamentenplänen sowie Tumorboardbriefen kann das systematische Bearbeiten von Patientenfällen geübt werden.

Im Sinne einer patientenzentrierten, sicheren Versorgung werden die Fälle Schritt für Schritt durchlaufen – von der ersten Anamnese über die körperliche Untersuchung bis zur Therapieentscheidung. Zu vielen Abschnitten gibt es Übungsfragen, mit denen Prüfungssituationen simuliert werden können. Anschließend können die Antworten mit dem entsprechenden verlinkten AMBOSS-Kapitel überprüft werden, um mögliche Wissenslücken zu erkennen und zu schließen.

Die Fallbeispiele kombinieren Wissensvermittlung und das Üben klinischer Entscheidungsfindung, was die individuelle Handlungskompetenz von Ärztinnen und Ärzten stärkt. Zudem ermöglicht der digitale, interaktive Aufbau eine effiziente Wissensvertiefung und -überprüfung im stressigen ärztlichen Alltag, wodurch auf



zeitintensives Wälzen von Fallbüchern verzichtet werden kann.

Ob zur gezielten Vorbereitung auf die fachärztliche Prüfung oder Rotation, zur Auffrischung spezifischer Themenbereiche oder zur strukturierten Einarbeitung von Kolleginnen und Kollegen: Das neue Fallformat lässt sich flexibel zum Lernen oder zur Wissensüberprüfung einsetzen und unterstützt Ärztinnen und Ärzte in unterschiedlichen Phasen ihrer klinischen Laufbahn und auch Kolleginnen und Kollegen mit internationalem Abschluss.

Gynäkologische und psychiatrische Fälle bereits gerne genutzt – weitere Fachrichtungen folgen

Aktuell können Fallpakete für die Fachbereiche Gynäkologie und Geburtshilfe (98 € mit aktivem AMBOSS-Zugang / 123 € ohne aktiven AMBOSS-Zugang) sowie Psychiatrie und Psychotherapie (89 € mit aktivem AMBOSS-Zugang / 114 € ohne aktiven AMBOSS-Zugang) gebucht werden.

In der Psychiatrie und Psychotherapie werden 50 realitätsnahe Szenarien aus der ambulanten und stationären Versorgung präsentiert. Dabei liegt der Fokus auf häufigen und klinisch relevanten Themenbe-

reichen – von der Agitation in der Notaufnahme bis zur pharmakologischen Beratung bei Kinderwunsch in deiner psychiatrischen Praxis.

In den Fällen der Gynäkologie und Geburtshilfe geht es bspw. darum, die richtige Diagnostik und den richtigen Therapiealgorithmus bei einer malignen Erkrankung auszuwählen, eine Extrauterin gravidität zu erkennen oder die richtige Entscheidung in einer Notsituation im Kreißsaal zu treffen – stets unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinienempfehlungen.

Weitere Fachrichtungen, z. B. die Pädiatrie, befinden sich in Vorbereitung und werden schrittweise unter „Fortbildung & Weiterbildung“ in AMBOSS ergänzt. Nutzerinnen und Nutzer, die in ihrem AMBOSS-Profil ihre Fachrichtung angegeben haben, erhalten regelmäßige E-Mail-Updates zu Neuerungen in AMBOSS, so auch wenn neue Fälle für die eigene Fachrichtung veröffentlicht wurden.

Bis 31. Juli 15 % Rabatt für Hartmannbund-Mitglieder

Hartmannbund-Mitglieder können die Fälle in der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Psychiatrie und Psychotherapie bis zum 31. Juli 2025 mit einem Mitgliederrabatt von 15 % buchen. Dazu einfach den **Rabattcode HBFAELLE** im letzten Buchungsschritt eingeben:
Gynäkologie & Geburtshilfe:
<https://go.amboss.com/gyn-faelle>
Psychiatrie & Psychotherapie:
<https://go.amboss.com/psych-faelle>
 Zudem können alle Hartmannbund-Mitglieder dauerhaft den Mitgliedervorteil nutzen und erhalten damit 3 Monate kostenfreien Zugang zu AMBOSS. Danach aktiviert sich das Jahresabo mit einem dauerhaften Preisvorteil von 10 %. Der Vorteil kann hier eingelöst werden: <https://go.amboss.com/hartmannbund>



Praxis-Check 2025

Wirtschaftliche Herausforderung – Absicherung von Inventar & Schutz vor Cyber-Risiken

Als Selbstständige setzen sich Ärztinnen und Ärzte Tag für Tag für ihre Praxis ein. Der Erfolg ihres Unternehmens hängt maßgeblich von ihrer Leistung, ihrer Kompetenz und ihrer Erfahrung ab. Sollten Sie für längere Zeit arbeitsunfähig werden, ist das für Ihr Unternehmen oft nur schwer zu verkraften. Genauso wie ein Cyber-Angriff auf die IT-Systeme, der die Praxis empfindlich treffen und sie für eine längere Zeit lahmlegen kann. Beide Situationen können dazu führen, dass Ihre Praxis vorübergehend nicht mehr arbeiten kann.

Trotzdem sichern sich immer noch viel zu wenige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gegen sogenannte Unterbrechungsschäden ab. Diese können schnell entstehen, wenn Ärztinnen und Ärzte zum Beispiel aufgrund von Krankheit, Unfall oder Quarantäne nicht mehr ihrer Tätigkeit nachgehen können. Dadurch kann es zu Ausfallzeiten kommen: Mal kürzer, wie bei einer Grippe oder bei einem leichteren Bandscheibenvorfall. Mal länger – und unter Umständen auch für immer – insbesondere bei schweren Erkrankungen der Psyche oder bei Krebserkrankungen.

Was dann? Wer zahlt die Praxismiete, wer die monatlichen Leasingraten für die Praxisgeräte? Wer kommt für die Gehälter des Praxispersonals auf und wer für die anfallenden Steuern und Versicherungen? Schnell laufen hier hohe Summen auf, die die Ärztinnen und Ärzte monatlich finanzieren müssen. Umso wichtiger ist es, rechtzeitig vorzusorgen.

Wann brauche ich eine Praxisausfall-Versicherung?

Eine Praxisausfall-Versicherung brauchen Sie vor allem dann, wenn die Aufrechterhaltung der Praxis maßgeblich von Ihrer Arbeitskraft und Qualifikation abhängt und Ihnen eine flexible, maßgeschneiderte Absicherung wichtig ist. Sollten Ärztinnen und Ärzte in ihrer Praxis ausfallen, müssen die fortlaufenden Kosten weiterhin bezahlt werden. Zu den über die Praxis-Ausfallversicherung absicherbaren fixen Betriebskosten gehören die Personalkosten, Miete, Pacht, Leasing, die Praxiskosten (Strom, Wasser etc.), Finanzierungs- und Buchführungskosten, Versicherungsbeiträge und Steuern. Mit einer Praxisausfall-Versicherung kann sichergestellt werden, dass die fixen Kosten selbst dann beglichen werden, wenn Ärztinnen und Ärzte längere Zeit nicht in der Lage sind zu arbeiten. **Wichtig zu wissen:**

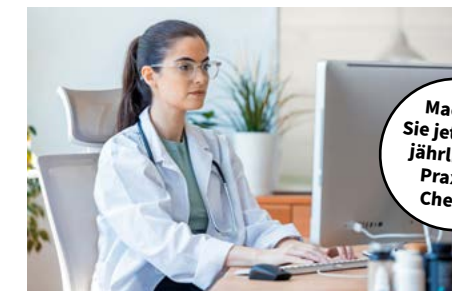
Durch den Abschluss einer Praxis-Ausfallversicherung ist die Zahlung der fortlaufenden Betriebskosten auch bei Arbeitsunfähigkeit gewährleistet.

Cyber-Risiken minimieren – Existenz sichern

Ein Hackerangriff kann jede Praxis treffen und lahmlegen, Patientendaten offenlegen und Vertrauen kosten. Laut Branchenreport „Cyberisiken von Ärzten und Apotheken“ des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) meint jede zweite Arztpraxis, sie sei zu klein, um Ziel eines Hackerangriffs zu werden. Cyber-Angriffe auf Arztpraxen sind kein theoretisches Risiko, sondern ein wachsendes Problem und betreffen nicht nur größere Praxen oder MVZs, sondern zunehmend auch kleinere medizinische Einrichtungen. Bereits jede zehnte Praxis in Deutschland ist davon betroffen, meist mit Schäden in unvorstellbarem Ausmaß. Angriffe mit sogenannter Schadsoftware („Ransomware“) sind dabei Angriffsmethode Nummer eins.

Plötzlich sind alle Daten weg!

Doch wie funktioniert das Ganze? Ransomware-Angreifer (von englisch ransom: Lösegeld) dringen in das Praxis-Netzwerk ein. Sie stehlen Daten und verschlüsseln alles mit einer Software, für die nur sie den Zugang haben. Mit Hilfe automatisierter Schadsoftware werden Computer infiziert, meist über harmlos aussehende E-Mailanhänge wie Word-Dateien. Einmal infiziert, macht sich die Schadsoftware im Praxis-System breit und wird so verändert, dass sie von den Virenprogrammen nicht entdeckt werden kann. Für die Freischaltung wird meist ein hohes Lösegeld gefordert. Bis dahin können Tage oder Wochen vergehen, in der die Praxis nicht arbeiten kann und Patienten nicht behandelt werden können.



Was sichert die Cyber-Versicherung konkret ab?

Eine Cyber-Versicherung kann hier eine sinnvolle Ergänzung zu umfassenden technischen und organisatorischen Maßnahmen darstellen. Sie deckt Eigen- und Drittschäden ab, die durch Cyber-Kriminalität entstehen, oder konkret gesagt:

- **Cyber-Eigenschäden** – Damit Sie bei einem Schadenfall schnell wichtige Daten wiederherstellen und das System rekonstruieren können sowie präventiv potentielle Schäden vermeiden können.
- **Cyber-Haftpflicht / Drittschäden** – Für den Fall, dass Schadenersatzansprüche z.B. von Patienten wegen Datenmissbrauchs an Sie gestellt werden oder unberechtigte Forderungen abgewehrt werden müssen.
- **Kosten für Betriebsunterbrechung** – Für den Fall, dass Ihre Praxis durch einen Cyber-Angriff vorübergehend nicht arbeiten kann.

Was im Falle einer Cyber-Attacke ebenfalls enorm wichtig ist: Die Assekuranz steht Ihnen auch mit Experten für IT-Forensik, Anwälten und Krisenkommunikatoren zur Seite. Mit einer Cyber-Versicherung stellen Sie sicher, dass Ihre Praxis auch im Ernstfall handlungsfähig bleibt und Sie Ihr finanzielles Risiko minimieren.

Sichern Sie Ihre Praxis nachhaltig ab und passen Sie Ihre Praxisausfall-Versicherung und Ihre Cyber-Versicherung den aktuellen Anforderungen an. Machen Sie den jährlichen Praxis-Check jetzt gemeinsam mit Ihrer Beraterin oder Ihrem Berater der Deutschen Ärzte Finanz. Sie erreichen uns über die E-Mail service@aerzte-finanz.de oder unter der Telefonnummer 0221 – 148 32323.

Von Patientenverfügung bis Notfall-Checkliste:

Vorsorgen ist Fürsorge – nicht nur für Sie selbst

Haben Sie schon alles geregelt?

Als Ärztin oder Arzt wissen Sie, wie schnell sich das Leben ändern kann – bei Ihren Patientinnen und Patienten, aber auch im eigenen Alltag. Trotzdem schieben viele das Thema „Vorsorge“ vor sich her. Verständlich – denn Patientenverfügungen, Betreuungsverfügungen oder Vollmachten wirken oft kompliziert und unangenehm. Dabei ist genau das Gegenteil der Fall: Wer vorsorgt, entlastet – sich selbst, aber vor allem seine Angehörigen.

Rechtzeitig handeln, klar kommunizieren.

Ob durch Krankheit, Unfall oder altersbedingte Einschränkungen – in bestimmten Situationen kann es passieren, dass

Sie keine Entscheidungen mehr treffen können. Ohne klare Regelung müssen dann Familienmitglieder oder sogar Fremde über medizinische und finanzielle Fragen entscheiden. Wer möchte das riskieren?

Der VorsorgePlaner

unterstützt Sie dabei, Ihre persönlichen Wünsche rechtzeitig, verbindlich und rechtssicher festzuhalten. Mit leicht verständlichen Erläuterungen, ausfüllbaren Formularen und aktuellen Hinweisen aus Recht und Praxis erhalten Sie ein Rundum-Paket für Ihre private Absicherung – einfach, durchdacht und vertrauenswürdig.

Was Sie regeln können:

- **Patientenverfügung:** medizinische Entscheidungen festhalten
- **Betreuungsverfügung:** bestimmen, wer im Fall der Fälle entscheidet
- **Vorsorgevollmacht:** Bankgeschäfte, Behördenpost & Co. Absichern

Steuertipps

- **Testament:** Damit im Todesfall auch alles nach Ihrem Wunsch läuft
- **Notfall-Checklisten & Formulare:** damit im Ernstfall alles griffbereit ist

Warum gerade für Ärztinnen und Ärzte?

Als medizinisch geschulte Person ist Ihnen bewusst, wie wichtig vorausschauendes Handeln ist. Doch genau deshalb ist es entscheidend, dass Ihre eigenen Vorstellungen klar dokumentiert sind – nicht nur für medizinische Maßnahmen, sondern auch für rechtliche und finanzielle Fragen. Der VorsorgePlaner wurde genau dafür entwickelt – regelmäßig aktualisiert und praxiserprobt. Der VorsorgePlaner Plus enthält auch einen Notfallordner, um alle Dokumente an einem gemeinsamen Platz abzulegen.

www.steuertipps.de/shop/literature/der-vorsorgeplaner-aktuell

Facharztprüfung ahead?

MEDI-LEARN eBooks helfen weiter!

Du bist im 5. Weiterbildungsjahr, dein Kalender ist voll und die Facharztprüfung rückt näher? Dann bist du nicht allein – und genau dafür gibt es im MEDI PROFESSIONAL Club jetzt ein neues, kostenloses Angebot: eBooks, die zeigen, was in der Facharztprüfung tatsächlich gefragt wird – basierend auf echten Erfahrungen deiner Vorgänger:innen.

Was zählt – jenseits des Lehrbuchs:

Ob du dich gerade erst informierst oder schon tief in der Vorbereitung steckst: Die eBooks geben dir einen klaren Überblick über häufige Prüfungsinhalte – nicht nur inhaltlich, sondern auch in Bezug auf typische Denk- und Vorgehensweisen. Denn gefragt wird oft weniger reines Faktenwissen, sondern klinisches Denken, Fallverständnis und das Einschätzen komplexer Situationen. Die Inhalte beruhen auf der Analyse von über 10.000 Prüfungsprotokollen. Daraus entstanden kompakte Themenblöcke – bis zu 60 pro Fach –, die besonders häufig abgefragt wurden oder wiederkehrend in indirekter Form vorkamen.

Um diese Fächer geht es: Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Gastroenterologie, Gynäkologie & Geburtshilfe, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie & Unfallchirurgie, Psychiatrie, Viszeralchirurgie.

Erfahrungswissen aus erster Hand:

Die eBooks wirken nicht wie klassische Lernskripte, sondern wie ehrliche Tipps aus dem Klinikalltag – direkt, praxisnah und mit viel Insiderwissen. Im Vorwort wird klar: Die Prüfungen sind oft weniger überraschend, als viele denken – wenn man weiß, worauf geachtet wird. Genau das leisten diese eBooks.

Exklusiv für Clubmitglieder – und kostenlos: Alle eBooks stehen kostenfrei als PDF-Download zur Verfügung – exklusiv für Mitglieder des MEDI PROFESSIONAL Clubs. Der Club ist ein Gemeinschaftsprojekt von MEDI-LEARN und der Deutschen Ärzte Finanz – mit dem Hartmannbund als langjährigem Partner. Neben den eBooks findest du im Club auch Online-Seminare, Karrieretipps und Austauschformate rund um den Endspurt zur Facharztprüfung.

Neugierig? Dann einfach reinschauen: www.medi-learn.de/ebooks-facharzt



Gezielt vorbereitet ins Medizinstudium – mit dem MediStart-Vorbereitungskurs

Exklusiver Rabatt für Kinder von Hartmannbund-Mitgliedern

Seit über zehn Jahren unterstützt MediStart angehende Medizinstudierende mit einem intensiven Vorbereitungskurs beim Einstieg in das Studium – und bietet Kindern von Hartmannbund-Mitgliedern jetzt einen exklusiven Rabatt.

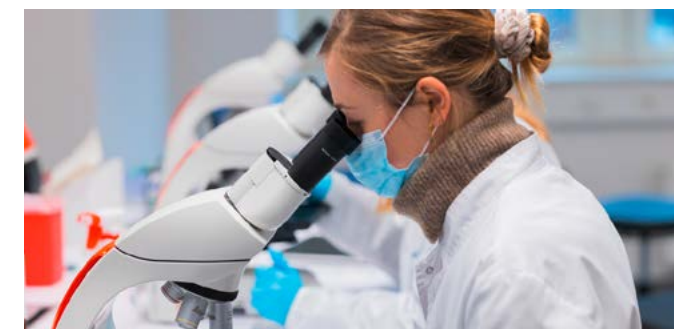
Die Zulassung zum Medizinstudium bleibt für viele junge Menschen ein anspruchsvolles Ziel: Abiturnoten allein reichen oft nicht aus, Auswahlverfahren an Hochschulen verlangen zusätzlich naturwissenschaftliches Wissen, kommunikative Fähigkeiten und medizinisches Grundverständnis. Der **MediStart-Vorbereitungskurs** bereitet gezielt auf diese Anforderungen vor – und ist mittlerweile bei zahlreichen medizinischen Universitäten anerkannt.

Strukturierter Kurs – online oder vor Ort

Der Kurs findet mehrmals jährlich statt und kann **entweder drei Wochen vor Ort oder flexibel online von zu Hause aus** absolviert werden. Alle relevanten Themenbereiche – von Biologie, Chemie und Anatomie bis hin zu medizinischer Fachsprache und Interviewtraining – werden intensiv in **Kleingruppen** behandelt. Die Leitung übernehmen ausschließlich **Professoren, approbierte Ärztinnen und Ärzte sowie Hochschuldozentinnen und -dozenten**, die aus eigener Lehrpraxis wissen, worauf es ankommt.

Bewerbungsvorteil an anerkannten Hochschulen

Viele medizinische Fakultäten bewerten die Teilnahme am MediStart-Kurs **positiv im Auswahlverfahren**, etwa für das Privatstudium Medizin in **Frankfurt am Main**, an der **European University Cyprus in Nikosia (Zypern)** oder der **medizinischen Fakultät in Rijeka (Kroatien)**. Die Erfahrung zeigt: Wer fundiert vorbereitet ist, verbessert seine Chancen auf einen Studienplatz erheblich – sowohl im Inland als auch im europäischen Ausland.



„Der Kurs hat mir den Weg ins Studium geebnet“

Ein Gespräch mit Felix M., 21, Medizinstudent in Nikosia und Absolvent des MediStart-Vorbereitungskurses.

Herr M., wie sind Sie auf MediStart aufmerksam geworden?

Über meine Mutter, die Mitglied im Hartmannbund ist. Sie hatte einen Artikel über den Vorbereitungskurs gelesen und mich darauf hingewiesen – und ich bin sehr froh, dass ich mich damals angemeldet habe.

Wie haben Sie den Kurs erlebt?

Ich habe die Online-Variante gemacht, weil ich damals noch in der Schule war. Die Struktur war klar, der Unterricht sehr interaktiv, und die Dozentinnen und Dozenten haben nicht nur Fachwissen vermittelt, sondern auch viel über den Studienalltag und Auswahlverfahren erzählt. Das war unglaublich hilfreich.

Was war für Sie persönlich der größte Nutzen?

Ganz klar: Sicherheit im Bewerbungsverfahren. Ich wusste genau, was in den Interviews gefragt wird und konnte naturwissenschaftliche Grundlagen souverän präsentieren. Ich bin inzwischen im zweiten Studienjahr in Nikosia und hatte das Gefühl, direkt gut vorbereitet ins Studium zu starten.

Würden Sie den Kurs weiterempfehlen?

Ja, absolut – vor allem an alle, die Medizin wirklich wollen, aber nicht den klassischen Weg über das Abitur alleine gehen können oder wollen. Für mich war es die perfekte Brücke zwischen Schule und Studium.

Exklusives Angebot für Mitgliederfamilien

Für **Kinder von Hartmannbund-Mitgliedern** bietet MediStart einen **besonderen Rabatt** auf den Kurspreis. Damit soll medizinischen Nachwuchskräften aus ärztlichen Familien der Einstieg ins Studium erleichtert werden – ein Angebot, das sowohl akademisch als auch ideell zur Nachwuchsförderung im Gesundheitswesen beiträgt.

Innocceniastraße 23
20144 Hamburg, Deutschland
Telefon 040 413 436 60
eMail: info@medistart.de
Internet: www.medistart.de



Warum jetzt der richtige Zeitpunkt für Infrastrukturinvestitionen ist



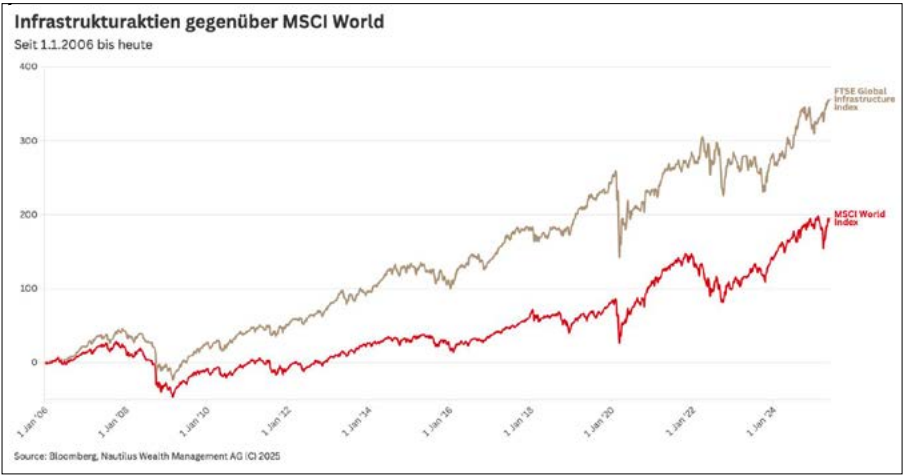
Infrastrukturaktien bieten aktuell eine attraktive Mischung aus Stabilität, Inflationschutz und langfristigem Wachstum. Mit hohen Markteintrittsbarrieren, monopolartigen Strukturen und inflationsgebundenen Einnahmen zeigen sie sich robust gegenüber wirtschaftlichen Schwankungen.

Strukturelle Treiber: Die „5Ds“

Fünf globale Megatrends – Dekarbonisierung, Digitalisierung, Dezentralisierung, Demografie und Deglobalisierung – führen zu wachsendem Investitionsbedarf in Stromnetze, Verkehr, Wasser, Kommunikation und Energie. Der weltweite Trend zur Urbanisierung, die zunehmende Nutzung digitaler Dienste und der Ausbau erneuerbarer Energien erfordern massive Infrastrukturausgaben. Laut UN wird die Stadtbevölkerung bis 2050 um über 2 Milliarden Menschen steigen. Damit wächst der Bedarf an zuverlässiger Versorgung, Mobilität und digitaler Anbindung.

Politische Unterstützung

Initiativen wie der Inflation Reduction Act in den USA oder der European Green Deal in Europa fördern gezielt private Infrastrukturinvestitionen. Sie verbessern die Wirtschaft-



lichkeit und Stabilität zukünftiger Projekte durch Subventionen, Steueranreize und langfristige Planbarkeit.

Stabilität in unsicheren Zeiten

In wirtschaftlich angespannten Phasen – wie aktuell mit hoher Inflation und unsicherem Wachstum – schneiden Infrastrukturwerte historisch besser ab als der breite Markt. Ihre Einnahmenmodelle bieten oft stabile, planbare Erträge. Daher gelten sie als „siche-

rer Hafen“, vergleichbar mit Gold oder Versorgeraktien.

Fazit

Infrastruktur ist nicht nur konjunkturensistent, sondern profitiert direkt von langfristigen Megatrends. Die Kombination aus politischer Unterstützung, globalem Investitionsbedarf und stabilen Erträgen macht Infrastrukturaktien zu einer überzeugenden Anlageklasse – gerade jetzt.

CarFleet24: Die Zukunft auf vier Rädern!



Neuwagen stehen für die neueste Technik, maximale Sicherheit und coole Features. Sie punkten nicht nur mit besserer Kraftstoffeffizienz, sondern auch mit den aktuellen Assistenzsystemen, die das Fahren einfacher und sicherer machen.

Egal, ob Sie einen sportlichen Flitzer oder einen praktischen Familienwagen suchen – es gibt eine riesige Auswahl an Modellen und Ausstattungen, die jedem Geschmack gerecht werden. Käufer können

sich zudem über Herstellergarantien freuen und ihr Fahrzeug ganz nach ihren Wünschen konfigurieren. Ob Elektro, Hybrid oder klassischer Verbrenner – Neuwagen sind der Weg zu umweltfreundlichem und zukunftsorientiertem Fahren.

Der Online-Kauf eines Neuwagens ist superbequem und spart Zeit, was immer mehr Autofahrer begeistert. Sie können ganz entspannt von zu Hause aus verschiedenen Modellen und Angebote vergleichen,

ohne von einem Händler zum anderen fahren zu müssen.

CarFleet24 bietet Ihnen die Möglichkeit, alle wichtigen Infos zu den Fahrzeugen zu bekommen, wie technische Daten, Ausstattungsvarianten und die neuesten Preise.

Werden Sie Teil unserer Gemeinschaft und erleben Sie die Vorteile, die Ihnen zustehen!

Ergreifen Sie die Gelegenheit, die besten Angebote zu nutzen und Ihre Träume zu realisieren.

Wir freuen uns auf Ihren Anruf. Es lohnt sich!

Kontakt

CarFleet24 www.carfleet24.de
Passwort: hartmannbund
Fon: 089 – 411146-59
Fax: 089 – 411146-34
E-Mail: kundenbetreuung@carfleet24.de

Als Ärzt:in auch an die eigene (psychische) Gesundheit denken

Wie geht es Ihnen (wirklich)?

In einer Welt, die sich ständig verändert und in der die Herausforderungen des Alltags oft überwältigend erscheinen – wie oft haben Sie sich schon gefragt, wie es um Ihre eigene mentale Gesundheit steht? Der aktuelle „Mental Health Report“ von AXA liefert Einblicke in den psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung und sensibilisiert für mögliche Risiken.*



Die Ergebnisse des AXA Mental Health Reports zeigen alarmierende Zahlen: Rund 37 % der Frauen und 31 % der Männer geben an, aktuell unter Depressionen, Angststörungen oder anderen psychischen Erkrankungen zu leiden. Besonders auffällig ist, dass Frauen trotz eines hohen Informationsstandes – rund 70 % geben an, gut informiert zu sein – häufiger als Männer angeben, keine Behandlung in Anspruch nehmen. Diese Diskrepanz zwischen Wissen und tatsächlicher Inanspruchnahme von Unterstützung ist besorgniserregend und lässt vermuten, dass viele, auch junge Mediziner:innen, möglicherweise selbst unter Druck stehen, ohne die notwendige Hilfe zu suchen.

Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden sind entscheidend, nicht nur für Sie selbst, sondern auch für die Patient:innen, die Sie betreuen. Deshalb ist es wichtig, sich der eigenen mentalen Gesundheit bewusst zu sein und sich Hilfe zu holen, wenn man sie benötigt.

Sowohl die gesetzliche (GKV) als auch die private Krankenversicherung (PKV) bieten hier hilfreiche Unterstützungsangebote.

Das sagt die HEK, eine gesetzliche Krankenkasse:

Patient:Innen der HEK haben über individuelle Verträge der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V die Möglichkeit, über spezifische Kontaktkanäle Zugang zu einem raschen Erstgespräch und entsprechend den Indikationen, einem evidenzbasierten verhaltenstherapeutischen Kombinationsbehandlungskonzept zu erhalten. Ein besonderes Augenmerk liegt hierbei auf einem niedrigschwelligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung sowie eine sehr zeitnahe und umfangreiche psychotherapeutische Behandlung. Das Angebot wird auch über Videosprechstunde angeboten.

Das MVZ Verhaltenstherapie Falkenried beispielsweise ist eines der größten ambu-



lantem medizinischen Versorgungszentren für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie in Norddeutschland. Mit etwa 200 Mitarbeitenden bietet es ein umfassendes und intersektorales Behandlungsspektrum, das ambulante, tagesklinische und stationäre Angebote umfasst. Ziel ist es, psychisch erkrankten Menschen schnell und individuell zu helfen und dabei lange Wartezeiten zu vermeiden.

Das sagt AXA, eine private Krankenversicherung:

Wenn Ihre Seele leidet, ist AXA für Sie da. Meine-gesunde-Seele.de ist ein digitaler Hilfsdienst für Menschen mit psychischen Belastungen. Wir bieten unseren Versicherten mit einer privaten Krankenvollversicherung ein breites Unterstützungsangebot – schnell verfügbar und je nach Versicherungsschutz kostenfrei (Genaueres erfahren Sie auf unserer Webseite):

- Kurzfristige Videosprechstunde mit Ärzt:innen oder Therapeut:innen zur professionellen Einschätzung Ihrer Situation
- Anonyme Selbsttests zur ersten Einschätzung Ihrer Situation

- Hilfe bei der Vermittlung eines geeigneten Psychotherapieplatzes mit Therapiebeginn innerhalb von nur zehn Werktagen
- Wirksame und persönliche Sofort-Unterstützung bei Angst, Depressionen, Stress, Schlafproblemen oder Burnout mithilfe von unterschiedlichen Online-Programmen
- Therapiesitzungen per Video mit erfahrenen Psychotherapeut:innen einfach und ohne Wartezeit
- Kooperationskliniken in einem deutschlandweiten Netzwerk aus renommierten Fachkliniken

Egal, in welchem System Sie versichert sind – denken Sie daran: Es ist gut und wichtig, Hilfe zu suchen – für sich selbst und für die Patient:innen, die auf Ihre Unterstützung angewiesen sind.

*Für den internationalen AXA Mental Health Report hat das Meinungsforschungsinstitut Ipsos im Auftrag von AXA zum fünften Mal in Folge im Zeitraum vom 8. Oktober bis 11. November 2024 insgesamt 2.000 Personen zwischen 18 und 75 Jahren in Deutschland repräsentativ online befragt.

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

Petra Meiners

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

Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs

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

GKV-Vertragsrecht

Petra Meiners

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

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Petra Meiners

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

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

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



© burak cakmak - fotolia.com

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

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Regional

Regionalreferat Nord

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

Eva Burggraf

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*

Noch mehr
Kleinanzeigen
finden Sie auf
der nächsten
Seite

Ärztegesellschaft für Präventionsmedizin und klassische Naturheilverfahren Kneippärztebund e.V. bietet folgende Seminare und Kurse an:

Naturheilverfahren

Zusatzbezeichnung (Modul 1 bis 4) zeitsparende Superkompaktkurse

80 Stunden Fallseminare

Naturheilverfahren, 5 Tageskurse

Ernährungsmedizin

Zusatzbezeichnung und 120 Stunden, Fallseminare

Psychosomatische Grundversorgung

50 Std. Theorie + verbale Intervention

Wald-Gesundheitstrainer/Wald-Therapeut

mit der LMU Universität München

Kneipparzt-Diplom

Weiterbildung für Absolventen der Naturheilverfahren

Orthopädie für die tägl. Praxis

1,5 Tage Seminar

Kursort: Bad Wörishofen

Informationen und Termine

www.kneippaerztebund.de

Tel. (0 82 47) 901 10, Fax (0 82 47) 901 11



Facharzt für Kardiologie (m/w/d) in Trostberg im Chiemgau gesucht

Von Ärzten geführtes interdisziplinär-fachärztliches MVZ im Herzen des Chiemgau sucht kardiologische Unterstützung in Voll- oder Teilzeit. Modernes Arbeitsumfeld, nette Patienten, freundliches und engagiertes Team.

Interessiert? Dann bitte Mail an personal@dr-poehmerer.de oder postalisch an Praxis Dr. med. M. Pöhmerer, Marienplatz 10, 83308 Trostberg

HNO-Praxis in München sucht FÄ/FA

Wir suchen eine HNO-FÄ oder einen HNO-FA zur Mitarbeit in unserer Praxis ab 01.01.2026. Unsere Praxis verfügt über ein sehr angenehmes Patientenkontingent mit hohem Privatanteil und ein nettes und engagiertes Praxisteam.

Wir decken das gesamte HNO-Gebiet incl. Allergologie ab. Zusätzlich bieten wir Akupunktur und ästhetische Medizin an. Belegbetten wären vorhanden.

Die Mitarbeit kann in Voll- oder Teilzeit erfolgen. Ein Praxiseinstieg ist möglich.

Wir freuen uns auf Ihre Nachricht an hno-mplus@gmx.de

Nach Praxisschließung (ZA) Inventar zu verkaufen

Aus meiner Praxisschließung Folgendes zu verkaufen: Zahnarzt -Behandlungseinheit HEKA, Autoklav und Analogröntgen-gerät – lief alles noch bis Ende Januar.

Außerdem noch fast neuwertige Fachbücher (auch Farbatlanten PARO, Kieferchirurgie). Geräte für Selbstabholer (Standort Landkreis Cuxhaven), Bücherversand möglich.

Bei Interesse bitte melden unter: praxisahonen@aol.com

Alternative zu Deutschland gesucht?

Kanada, Nova Scotia, die wärmste Provinz des Landes – nur 6-7 Stunden Flug – 5 Stunden Zeitverschiebung, Wasser-Grundstücke mit Baugenehmigung. In Süd-West-Ausrichtung mit eigenem Ufer oder schönem Wasserblick. An einem Meeresarm des Atlantiks. Eigener Bootssteg möglich. Von 7.300 qm bis 470.000 qm. Von 40.000 € bis 110.000 €. Für weitere Informationen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Kontakt: Dr. med. Thomas P. Ems, Telefon: +49 173 9300893, E-Mail: dr.thomas.ems@t-online.de

FÄ/FA in Internistischer Gemeinschaftspraxis in Bergisch Gladbach gesucht

Keine Lust mehr auf Dienste/Chef/Verwaltungsvorgaben? In Sorge um den Klinikarbeitsplatz?

Als alteingesessene, etablierte hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis, derzeit 2 Sitze, im "Speckgürtel" Kölns (gutes Umfeld, alle Schulen fußläufig erreichbar, die Straßenbahn vor der Tür) bieten wir einen Praxiseinstieg auf Augenhöhe, zu fairen kollegialen Bedingungen.

Grundsätzlich gilt: Einsteigen, eigenverantwortlich gute Medizin machen, in einem netten Team mit entsprechender logistischer Unterstützung und fachlichem Austausch, sofort Geld verdienen. Eine erste vertrauliche Kontaktaufnahme unter Chiffre: 070537 an redaktion@hartmannbund.de

FÄ/FA Radiologie für unsere Standorte* in Nord- und Mittelhessen gesucht

* Lauterbach, Hessisch Lichtenau, Frankenberg, Schwalmstadt, Fritzlar, Marburg

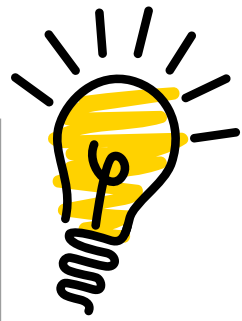
Sie erwarten eine attraktive Arbeitsumgebung und gute Entfaltungsmöglichkeiten.

Ihre Aufgaben: Sicherstellung der medizinischen Leistungserbringung im Fachgebiet auf dem neuesten Stand; Durchführung des gesamten Spektrums der diagnostischen Radiologie; berufsspezifische Aufgaben der Diagnostik; Dokumentation der jeweiligen Untersuchungen

Hier können Sie sich über uns informieren: <https://radiologie.net/> Ihre Bewerbung senden Sie bitte an: jobs@radmedics.de

Hausarztpraxis mit 1,0 KV Sitz in Kiel günstig zu erwerben

Gut etablierte Hausarztpraxis im Zentrum von Kiel mit großem Anteil von Stammpatienten (durchschnittlich 1900 Scheine pro Quartal) zum nächstmöglichen Zeitpunkt abzugeben. Der Sitz wird bereits durch die KV SH angeboten und die Ausschreibung wird ggf. wiederholt. Die ebenerdigen, behindertengerechten, freundlichen Praxisräume können bei Interesse zur Miete übernommen werden. Kontakt unter: georgschunert@yahoo.de oder 01573 4933052



Kleinanzeigen Fortsetzung

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

FA Orthopädie für MVZ in Hessisch Lichtenau gesucht

Sie übernehmen zusammen mit Ihren
Kollegen Beratung, Diagnostik und Be-
handlung orthopädischer Patient:innen
und versorgen Verletzungen und Krank-
heiten im breiten Leistungsspektrum
der Orthopädie. Wie sind eine Trägerge-
sellschaft von 3 Radiologie-MVZ und ein
Orthopädie-MVZ in Nord- und Mittelhes-
sen, zusammengefasst unter einer über-
örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft.
Hier können Sie sich informieren:
<https://orthopaedie-hessen.de/>

Nachfolge für Privatpraxis Allgemeinmedizin, NHV, im Sauerland gesucht

Gut etablierte Hausarztpraxis, die Praxis
genießt einen sehr guten Ruf, stressfreies
Arbeiten jenseits der Kassenmedizin,
hoher Freizeitwert. In stilvollen Praxisräu-
men (Miete), Apotheke im Haus, diverse
Parkplätze vorhanden, altersbedingt
abzugeben in gute Hände ab 2. Quartal
2026, oder früher.
Einarbeitung auf Wunsch möglich, güns-
tige Übernahme-Konditionen. Naturheil-
verfahren kommen zur Anwendung sind
aber nicht Voraussetzung.
Ich freue mich über eine Nachricht unter:
Info@naturarzt-mk.de, 0160-93546587

Wegen Praxisauflösung (Dermatologie) Inventar zu verkaufen

Preiswerte Liegen, OP-Liege, OP-Besteck,
Laserbrillen, Kauter Erbe 50, UV, PDT,
Stickstoffbehälter 25 l u.a. abzugeben.
Kontakt unter:
info@hautarztpraxis-scholten.de
oder 0176-55787704

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

Ich möchte meine, seit dem 02.04.2009
bestehende Praxis und den ganzen Pra-
xissitz Psychiatrie und Psychotherapie in
Altenkirchen (Westerwald) aus Altersgrün-
den zum 31.12.2025 abgeben.
Es handelt sich um eine Einzelpraxis mit
120 qm, 3 sehr hellen Behandlungsräu-
men, einem großzügigen Empfang, dem
Wartezimmer, einem Sozialraum mit voll
eingerichteter Küche, Patiententoilette,
Personaltoilette mit Dusche, sowie einer
Terrasse. Die vorhandenen Räumlichkei-
ten können samt Ausstattung übernom-
men werden. In der Stadt Altenkirchen
und im Landkreis bin ich der einzige
Psychiater mit einer kassenärztlichen Zu-
lassung. Eine Erweiterung der Patienten-
zahlen 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 Einzugsge-
biet. Es ist über Bus und Bahnhof an öf-
fentliche 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 Medi-
zinische 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 Telematikinfra-
struktur 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 Kon-
takt: martin.bernd.hugo.ulmer@web.de

Sie möchten ein Inserat aufgeben oder auf eine Chiffre-Anzeige antworten? Dann wenden Sie sich bitte
an: Hartmannbund, Vilma Schade, Kurfürstenstraße 132, 10785 Berlin, Tel.: 030 206208-11, Fax.: 030
206208-14, E-Mail: vilma.schade@hartmannbund.de
* Dies ist ein kostenloser Service, den Hartmannbund-Mitglieder bis zu zweimal jährlich in Anspruch
nehmen können. Die Anzeigen sollten ausschließlich beruflichen Charakter haben, rein gewerbliche
Anzeigen sind ausgeschlossen.

DEINE WELT STEHT KOPF?

Wir helfen Dir.



Cooler Netzwerk



Kostenlose Haftpflichtversicherung



Professionelle Beratung

Jetzt Mitglied
werden!



www.hartmannbund.de/studierende



Hartmannbund

STARK FÜR MEDIZINSTUDIERENDE.

Familie. Clinic. Kraftsport.



Dr. Dr. Andreas Dorow

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

Und wofür brauchen Sie mehr Zeit?



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

> apobank.de/vermoege

 apoBank
Bank der Gesundheit