

# Pressespiegel

## Inhalt | Ausgabe 10/2024

### **Interview**

#### **BDI Präsidium**

Ärzte Zeitung – 02. Oktober 2024

### **Geriatric**

#### **Bollwerk gegen Pflegebedürftigkeit**

Medical Tribune – 04. Oktober 2024

#### **Starke Stimme für die DGG: Michael Denkinger erneut in den BDI-Vorstand gewählt**

DGG – 24. Oktober 2024

#### **Den Elefanten im Raum übersehen:**

#### **Stellungnahme der DGG zum Sachverständigenrat-Gutachten zum Fachkräftemangel**

DGG – 25. Oktober 2024

# Ohne die Entbudgetierung kippt die Versorgung

Gerade wegen der angespannten Finanzlage der Krankenkassen muss schleunigst die Entbudgetierung her, mahnt die BDI-Spitze. Und zwar aller Gebietsärzte. Das dreiköpfige Präsidium des Berufsverbands der Internistinnen und Internisten über konsequente Patientensteuerung und einen tauben Minister.

Das Interview führte Rebekka Höhl

*Gefühlt ist die Stimmung in der Ärzteschaft auf einem Tiefpunkt. Laut einer Zi-Umfrage denken fast 50 Prozent der niedergelassenen Vertragsärzte über einen vorzeitigen Praxisausstieg oder zumindest die Alternative „Anstellung“ nach. An welchen Stellschrauben müsste gedreht werden, um die Rahmenbedingungen zu verbessern und damit die Versorgung der Zukunft zu sichern?*

**Christine Neumann-Grutzeck:** Wir spüren in der Tat eine große Unsicherheit und Unzufriedenheit – und zwar in allen Versorgungsbereichen. Es sind also nicht die Einzelfälle, die sich sorgen und klagen, es sind alle.

Werfen wir einen Blick in die Krankenhäuser: Hier treibt die Kolleginnen und Kollegen die Krankenhausreform um. Einerseits ist diese überfällig und jeder weiß, dass sie benötigt wird, um die finanziellen Nöte der Häuser zu lösen, aber auch um die Strukturen so zu verändern, dass eine gute Versorgung weiterhin gelingen kann. Denn nur so kommen wir weg von der momentanen kalten Strukturreform. Andererseits gibt es einige Kritikpunkte an den bisherigen Reformplänen. So fehlen echte sektorenübergreifende Ansätze, und auch die Vorhaltepauschalen auf Basis von Fallzahlen lösen das Hamsterrad gerade nicht auf. Wir haben also eine Hängepartie mit ungewissem Ausgang.

Im niedergelassenen Bereich haben wir die Fach- und Hausärzte, die sich einfach nicht wahr- und nicht ernst genommen fühlen und mit deutlichen finanziellen Problemen kämpfen.

Über all dem schwebt das Gefühl, dass die Politik bei ihren Reformen Versorgung nicht als Einheit denkt, sondern Einzel-Schauplätze aufmacht. Dass sie eben keinen Plan hat, wie die Versorgung die Heraus-

forderungen der Zukunft – Beispiel demografischer Wandel, Altersstruktur der Ärzte – stemmen kann.

**Dr. Norbert Smetak:** Wir haben nach Corona eine erschöpfte Ärzteschaft gehabt, die sich erhofft hatte, dass über die lang angekündigten Reformen eine Verbesserung der Rahmen- und Arbeitsbedingungen erfolgt. Da ist die Angst, dass durch den Reformstau jetzt Kliniken einfach zu machen müssen, weil sie kein Geld mehr haben. Im niedergelassenen Bereich hat man die Entbudgetierung versprochen, die kommt nicht. Man hat Hybrid-DRG versprochen, da kommt fast gar nichts. Die Zuwächse an finanziellen Mitteln sind mäßig, Stichwort Orientierungspunktwert, der 2025 gerade einmal um 3,85 Prozent wächst. Für die Ärzteschaft ist das enttäuschend.

Auf der anderen Seite haben wir einen Minister Lauterbach, der immerhin zwei große Gesetze geschafft hat: das Cannabisgesetz und den Klinik-Atlas. Das frustriert. Und jetzt kommt die elektronische Patientenakte (ePA), hier ist die Angst der Kolleginnen und Kollegen vor weiteren Belastungen da. Es werden Kollegen aus dem System aussteigen, wenn sie nicht zeitnah eine Entlastung bekommen. Statt sinnvoll die Strukturen der Ärzteschaft zu stärken, kümmert man sich in der Politik aber lieber um Strukturen, die Ärzte substituieren, um Community Health Nurses und Gesundheitskioske.

*Und woran liegt es, dass im Ministerium der ambulante Sektor kaum gehört wird? Und dass man sich so sehr auf den Kliniksektor fokussiert? Sind die Ärzte immer noch zu leise?*

**Smetak:** Na das liegt doch an dem Minister. Lauterbach will die klare Botschaft rüberbringen, dass es

ambulante Strukturen nur noch à la Poliklinik geben soll, nach dem Motto: alles an die Kliniken. Wenn man die ambulante hausärztliche Versorgung für Kliniken öffnen möchte, dann ist das doch ein klarer Hinweis darauf, in welche Richtung es geht: weg von der ambulanten, hin zur stationären Schiene.

*Nun sind die personellen Ressourcen in den Kliniken ja nicht im Überhang vorhanden. Auch dort klagen Ärzte und Pflegekräfte seit Jahren über schlechte Bedingungen und ächzen unter der hohen Belastung. Ist die Politik auf diesem Ohr taub, wenn sie Leitungen in die Kliniken verschieben will? Müsste nicht andersherum der ambulante Bereich gestärkt werden?*

**Neumann-Grutzeck:** Das ist genau das Grundproblem, dass man Leistungen einfach verschiebt und nicht darüber nachdenkt, welche Auswirkungen das hat. Zum einen stellt sich doch die Frage: Schaffen die Kliniken das und haben sie überhaupt das Personal dafür? Zum anderen: Was bedeutet das für die Patienten? Das wird genauso wenig mitgedacht. Möchten die Patienten immer in einem großen, anonymen Bereich versorgt werden? Und der Haus- und Facharzt, der sie früher persönlich betreut hat und kennt, verschwindet? Ich erlebe das zunehmend, dass Patienten, die früher einen Hausarzt hatten, heute zu mir in die Praxis kommen und berichten, dass sie in einem großen Zentrum versorgt werden, wo sie jedes Mal einen anderen Ansprechpartner haben.

**Kevin Schulte:** Die Gesundheitspolitik à la Lauterbach ist ja ein bisschen absurd. Auf der einen Seite wollte er die wissenschaftliche Gesundheitspolitik voranbringen. Auf der anderen Seite merken wir, dass die Gesundheitspolitik aktuell weniger

## Christine Neumann-Grutzeck

Geboren 1964

Seit September 2020 Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)

Seit Mai 2023 Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer

Tätig in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis in Hamburg

## Dr. Norbert Smetak

Geboren 1958

Seit September 2020 1. Vizepräsident des BDI

Seit 1993 als Kardiologe niedergelassen in Gemeinschaftspraxis in Kirchheim/Teck

## PD Dr. Kevin Schulte

Geboren 1986

Seit September 2020 2. Vizepräsident des BDI

Oberarzt und stellv. Klinikdirektor der Klinik für Innere Medizin IV mit den Schwerpunkten Nieren- und Hochdruckkrankheiten des Uniklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel



vernunftbasiert denn je ist. Und diesen Konflikt müssen wir helfen, aufzulösen.

**Smetak:** Wir laufen hier gerade in Richtung des niederländischen Modells, weg von der patienten- hin zur klinikzentrierten Versorgung. Dabei werden die Kliniken mit etwas belastet, das sie eigentlich gar nicht wollen und im Grundsatz auch erstmal nicht können. Jeder weiß, dass solche Modelle aus anderen Ländern nur bedingt übertragbar sind. Ich glaube, wir haben hier einen Minister, der taub und blind ist. Von daher können wir nur hoffen, dass gewisse Dinge nicht mehr auf die Straße kommen, und andere vielleicht schneller, wie die Entbudgetierung. Auf die warten wir seit drei Jahren, das ist nicht mehr nachvollziehbar für die Ärzteschaft.

**bleiben wir beim Stichwort Entbudgetierung. Der BDI fordert diese für alle Gebietsärzte. Warum ist das so dringlich?**

**Smetak:** Wir haben eine wahnsinnige Terminnot. Einen Facharzttermin zu bekommen, ist Glückssache geworden. Es erfordert einen großen Aufwand und es belastet die Praxen. Weil eben keine Steuerung vorliegt. Aber auch einen Hausarzt zu finden, ist mittlerweile schwierig. Die unge-

steuerte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowohl im Haus wie auch im fachärztlichen Bereich baut einen immensen Druck auf. Wenn man das nicht bald hinbekommt, im- oder explodiert das System.

Wir hatten ja gute Ansätze. Die Terminvermittlungen, die Neupatientenregelung, wo man gemerkt hat, das bringt was und dann wurden sie wieder einkassiert. Wenn hier nichts geschieht, werden die Niedergelassenen an ihre Grenzen kommen, dann muss es der Klinikbereich auffangen. Ob es dann besser wird?

**Schulte:** Aus dem Grund hat sich der BDI ja auch als Leitbild vorgenommen, für Versorgungssicherheit einzutreten. Wir merken, dass immer größere Lücken ins Versorgungsnetz reifen. Ich glaube, dieser Leitgedanke ist auch im Sinne der Gesundheitspolitik, weil wir in einer Umfrage nach der anderen sehen, dass die Bevölkerung vertrauen in das System verliert, weil nämlich genau das passiert, was Norbert Smetak sagt.

Die Entbudgetierung ist notwendig, wir können doch keine Termine anbieten, bei denen wir kein Geld bekommen, um unsere MFA zu bezahlen. Wir können mehr leisten, aber nur, wenn man uns auch den Rahmen schafft, um mehr zu leisten.

Deshalb ist Entbudgetierung ein Thema der Versorgungssicherheit und schafft auch wieder Vertrauen in die allgemeine Gesundheitspolitik.

**Neumann-Grutzeck:** Wir benötigen die Entbudgetierung auch, um es für unseren ärztlichen Nachwuchs attraktiv zu machen, sich überhaupt noch niederzulassen. Wenn wir die Versorgung auf lange Sicht sichern wollen, brauchen wir junge Kolleginnen und Kollegen, die sich trauen, sich niederzulassen und das damit einhergehende wirtschaftliche Risiko zu tragen. Und die Spaß haben an dem Beruf und nicht in andere Bereiche abwandern, weil dort die Bedingungen besser sind. Wir haben einen tollen Beruf, da sind wir uns alle einig und das versuchen wir auch zu vermitteln, aber wir benötigen die Rahmenbedingungen, damit wir diesen Beruf wirklich gut ausüben können.

**Nun ist die finanzielle Lage der GKV durchaus angespannt. Wie begegnen Sie dem Argument, dass das Geld im System knapp wird, auch für eine Entbudgetierung ...**

**Smetak:** Sicher haben die Krankenkassen gelitten unter Corona. Da wurden viele Kosten auf die Kassen abgewälzt. Die ächzen da schon, das

sehen wir durchaus. Nur, wenn man die Budgetdeckel nicht aufhebt, wird es noch teurer. Wenn die Versorgung in die Kliniken wandert, wenn das Rettungswesen beansprucht wird, wird es ja nicht billiger. Und wenn die Menschen dann länger krank sind, weil sie nicht versorgt werden, wird es auch für die Wirtschaft nicht billiger, Stichwort AU-Zeiten. Man würde mit der Entbudgetierung also insgesamt sogar schon kurzfristig Einspareffekte erzielen. Das Argument der knappen Kassen springt hier demnach zu kurz.

**Neumann-Grutzeck:** Und es gibt ja auch nach wie vor das Grundprinzip, das wir übrigens für absolut richtig halten, dass ambulant vor stationär gehen soll. Aber wenn ich keine ambulante Versorgung sicherstellen kann, wenn ich nicht genügend Optionen habe, diese aufrechtzuerhalten, dann ist dieses Prinzip, das mehr Geld spart als kostet, ad absurdum geführt. Insofern: Ambulant stärken schützt auch die Kliniken.

**Eine wichtige Stellschraube für die Entlastung der Kliniken könnte auch eine konsequente Patientensteuerung sein. Steuerung findet de facto aber gerade einmal in der hausarztzentrierten Versorgung oder Selektivverträgen nach** >>

>> **Paragraf 140a statt. Warum tut sich die Politik hier so schwer?**

**Schulte:** Ich glaube, die Politik sitzt da einem Irrtum auf. Man hat offenbar große Angst, Entscheidungen zu treffen, die in der Bevölkerung als unangenehm wahrgenommen werden könnten. Man hat sich damit in eine Situation manövriert, in der das Vertrauen in die Politik immer mehr abnimmt, weil das System stets schlechter funktioniert. Wenn wir uns aber die demografische Lage anschauen, wenn wir uns anschauen, was in den nächsten Jahren auf uns zukommt, dann wird es ohne eine Steuerung nicht gehen. Deshalb werden wir uns als Verband weiterhin für mehr Patientensteuerung einsetzen. Weil das der einzige Weg ist, Versorgungssicherheit herzustellen. Ich bin auch fest davon überzeugt, dass die Bevölkerung nicht so doof ist, wie man vielfach meint. Die Menschen nehmen die Lücken in der Versorgung wahr. Wenn das Versorgungssystem mit der Steuerung wieder besser funktioniert, dann steigt auch die Zufriedenheit mit der Gesundheitspolitik.

**Neumann-Grutzeck:** Einer der Bereiche, in dem man direkt starten und die Zufriedenheit aller erhöhen könnte – der Kräfte im Versorgungssystem und der Patienten – ist die Notfallversorgung. Wir haben frustrierte Patienten, die in überfüllten Notaufnahmen sitzen, die da gar nicht hingehören. Und umgekehrt haben wir diejenigen, die wirklich Notfälle sind und gerade auch deshalb länger warten müssen. Wenn wir hier eine Steuerung hätten, mit einem Ticketsystem, würde das entlasten. Ich bin auch weiterhin ein großer Fan davon, dass nicht nur telefonisch, sondern auch digital und dann in verschiedenen Sprachen anzubieten. Dann könnten wir die Patienten am nächsten Tag zum Hausarzt, zum Facharzt oder über einen KV-Besuchsdienst versorgen oder eben doch gezielter in die Notaufnahme schicken oder Rettungsmittel einsetzen. Das würde der Bevölkerung nutzen und die Zufriedenheit erhöhen. Hier fehlt der Mut in der Politik, zu sagen, wir machen es einfach mal.

**Smetak:** Naja, die Politik steuert schon, allerdings nicht die Patienten, sondern die Ärzteschaft. In der Notfallreform steckt ja durchaus der Gedanke drin, Patienten in ambulante Strukturen zu vermitteln. Aber wenn man dann im ambulanten Bereich dafür 24/7-Strukturen braucht und in den entsprechenden Einrichtungen exakt die Ärzte tätig sein sollen, die normalerweise draußen in den Praxen gebraucht werden, dann ist das von vornherein zum Scheitern verurteilt. Hier wird also wieder der Arzt gesteuert und es werden eben nicht sinnvoll die Patienten gesteuert. Wir brauchen da eine klare Verbindlichkeit der Wege.



© PHIL DERA

**Wenn Sie sich so deutlich für die Steuerung aussprechen, wäre dann nicht auch ein Primärarztmodell sinnvoll?**

**Smetak:** Primärarzt ja, aber es muss nicht immer der Hausarzt sein. Es kann durchaus eine andere Fachdisziplin sein. Dialysepatienten werden z.B. hauptsächlich vom Nephrologen, schwere Herzinsuffizienz-Patienten mit implantiertem Kardioverter-Defibrillator (ICD) vom Kardiologen versorgt. Rheuma-Patienten mit schwerem Erkrankungsbild sind in der Regel beim Rheumatologen. Eine Dauerbetreuung, eine Erstanlaufstelle kann man sich also auch in anderen Fachbereichen mit entsprechenden Krankheitsbildern denken. Solche Systeme sind in jedem Fall sinnvoll.

**Helfen könnte bei einer solchen Steuerung im Prinzip auch eine elektronische Patientenakte und – Sie haben es mehrfach durchklingen lassen – gute Digitalisierung.**

**Haben Sie denn Hoffnung, dass die ePA 2025 gut an den Start geht und entlastet statt belastet?**

**Smetak:** Ich hatte gerade erst ein Gespräch bei der gematik, dort ist man guter Hoffnung (lacht), dass das alles funktioniert. Wir haben dort über den Vier-Wochen-Testlauf in den Modellregionen gesprochen. Indirekt scheint man selbst mit zwölf Wochen zu rechnen, bis alle Dinge durchgetestet sind. Das habe ich auch direkt bemängelt, wir hätten uns nämlich von vornherein einen mindestens dreimonatigen Testlauf gewünscht. Das ärgert dann schon, wenn man Termine setzt und Druck macht, die Anwendungen aber vorher nicht ordentlich prüft. Wir brauchen die Digitalisierung, aber es sollte immer mitgedacht werden, welche Belastung mit einer solchen Einführung für die Praxen einhergehen kann. Ich bin optimistisch, dass die ePA kommt, über den Zeitpunkt, also welches Jahr, wann es dann wirk-

lich gut läuft, möchte ich mich nicht äußern.

Wir haben es beim E-Rezept gesehen: Erst wollte man starten, dann musste man es wieder zurücknehmen. Jetzt muss man sagen, läuft es einigermaßen, aber die Praxisverwaltungssysteme (PVS) sind dadurch schon mehr belastet. Und das könnte sich mit der ePA noch einmal verstärken, die PVS-Hersteller haben ja noch gar nicht alle ePA-Anforderungen. Momentan ist das noch eine Blackbox.

**Kommen wir zu einem ähnlichen Dauerbrenner wie der Digitalisierung, der sektorübergreifenden Versorgung. Beim BDI-Hauptstadtforum hat BKK-Chef Franz Knieps sehr deutlich durchklingen lassen, dass trotz angespannter Kassenlage durchaus Raum für kreative Versorgungsideen da wäre. Selbstverwaltung und Ärzteschaft müssten nur wieder lernen, diese Ideen miteinander zu diskutieren. Wie sehen Sie das, gibt es diesen Spielraum? Und wird er nur nicht richtig genutzt?**

**Smetak:** Wir führen permanent Gespräche mit Krankenkassen. Es zeigt sich auch, gerade bei den Selektivverträgen, dass die ein oder andere Kasse offen ist. Dennoch wirkt sich die gerade knifflige Haushaltslage der Kassen natürlich aus. Wenn man etwas Neues beginnt, braucht man eine Anschubfinanzierung. Das geht nicht anders. Und hier sind die Kassen momentan etwas zurückhaltend. Aber sie erkennen, dass Versorgung künftig anders gestaltet werden muss. Unser KV-System ist hingegen weiter etwas träge, das muss man zugeben. Das KV-System ist eben nicht so innovativ unterwegs, da hakt es schon.

Also sinnhaft wäre es, Luft wäre auch da, der Mut fehlt.

**Schulte:** Das zeigt sehr schön, dass wir ein Mindset-Problem haben. Ganz oft höre ich, wie toll das deutsche Gesundheitswesen ist. Das ist das Denken von vor 20 Jahren – und seit 20 Jahren haben wir wenig geschafft. Die ePA steckt fest, Sektorengrenzen sind unverändert. Uns fehlt A der Mut und B ein Mindset, dass sich das Schiff am besten bewegt, wenn es Win-win-Lösungen gibt. Das sieht man wunderbar an den Sektorengrenzen und wunderbar an den Diskussionen zwischen Ärzteschaft und Kassen. Vielerorts denkt man noch immer, man könnte auf Kosten des jeweils anderen das System verändern. Das wird nicht funktionieren. Man muss gemeinsam nach Lösungen suchen, von denen beide Seiten profitieren.

**Smetak:** Man hat ja die Blockade bei den Hybrid-DRG gesehen. Das wäre eine Chance gewesen, genau dieses Win-Win für alle Sektoren auf die Beine zu stellen.

**Herzlichen Dank für das Gespräch!**

”

Wir haben einen tollen Beruf, da sind wir uns alle einig und das versuchen wir auch, zu vermitteln, aber wir benötigen die Rahmenbedingungen, damit wir diesen Beruf wirklich gut ausüben können.

Christine Neumann-Grutzeck

# Bollwerk gegen Pflegebedürftigkeit

Gesundheitspolitik | Autor: Cornelia Kolbeck



Bewegung und Sport hält fit und hilft, Pflege zu verhindern bzw. hinauszuzögern. Aber eine politische Präventionsstrategie fehlt.

© Peter Atkins – stock.adobe.com

**Bei der Thematik „Ist der Vertragsarzt ein Auslaufmodell?“ war der Hörsaal gut gefüllt – doch beim Thema Altersmedizin zeigten sich die Reihen sichtlich gelichtet. Ist die Geriatrie so uninteressant? Der BDI drängt darauf, sie politisch stärker in den Fokus zu nehmen.**

Der **Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten** (BDI) hatte das Thema „Altersmedizin – Zwischen Patientenautonomie und medizinischen Möglichkeiten“ auf die Themenliste seines diesjährigen Hauptstadtforsums gesetzt. „Uns erreichen in den Medien täglich Hiobsbotschaften, was das Thema **Alterspflege** angeht“, bemerkte PD Dr. Kevin Schulte, BDI-Vizepräsident und stellvertretender Klinikdirektor am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Die Kosten seien von letztem zu diesem Jahr um mehr als **20%** gestiegen. Man höre an jeder Stelle, dass Personal fehle. Dass damit ein **demografischer Doppelschlag** komme, sei schon kalter Kaffee. Man müsse sich endlich fragen, wie das Problem zu lösen sei.

## **Autonomie der Menschen stärker in den Fokus rücken**

„Ich glaube, die Geriatrie hat das Potenzial, unser gesellschaftliches **Bollwerk** gegen Pflegebedürftigkeit zu werden“, zeigte sich Dr. Schulte überzeugt. Dazu müssten aber **Autonomie und Selbstständigkeit** bei älteren Menschen stärker in den Fokus gerückt werden. Es sei doch das Schönste, auf diese Weise Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und zu reduzieren. Und es sei auch die beste Lösung für das kommende gesellschaftliche Problem. Bei der Pflegebedürftigkeit gehe es immer nur „bergauf“, so seine Kritik bezogen auf den **Pflegegrad**. Das müsse sich ändern. Die Politik habe das Thema aber bisher nicht auf dem Schirm.

## **Enquete-Kommission soll das Thema publik machen**

In einem Positionspapier geht der **BDI** auf konkrete Handlungserfordernisse ein. Der Verband fordert vom Deutschen Bundestag, eine Enquete-Kommission für eine offene gesellschaftliche Diskussion über die

Herausforderungen des demografischen Wandels einzusetzen.

Dr. Schulte meinte, dass akzeptiert werden müsse, wenn Pflegebedürftige mehr Autonomie zulasten eines sicheren umsorgten Umfelds wünschten. Weniger Sicherheit könne im Alter der Preis für **Autonomie** sein, so der Internist. „Die Gesellschaft muss lernen, das zu akzeptieren.“ Diese Diskussion müsse in die Öffentlichkeit getragen werden. Es sei eine absurde Situation, angesichts von steigendem Pflegebedarf Menschen in Einrichtungen zu bringen, die das intrinsisch gar nicht wollten, nur weil das dem Bedürfnis der Angehörigen entspreche.

Die **Enquete-Kommission** sei eine gute Idee und sehr sinnvoll, kommentierte die CDU/CSU-Bundestagsabgeordnete Simone Borchardt den BDI-Vorstoß. Man müsse das Ergebnis letztendlich aber auch umsetzen. Bisher könne sie jedenfalls nicht erkennen, dass es große Diskussionen im **Gesundheitsausschuss** oder sonstwo gebe, um das Pflegeproblem zu lösen. Sie unterstelle nicht Untätigkeit, so Borchardt, doch man wisse wohl nicht, wie man diesen gordischen Knoten zerschlagen könne. „Wir brauchen mutige Politiker, denn so kann es nicht weitergehen.“

### **Pflegebedürftigkeit zu verhindern, ist primäres Ziel**

Die Internistinnen und Internisten allgemein und die Geriaterinnen und Geriater im Besonderen werden im BDI-Papier als „**Eckpfeiler** in der Versorgung älterer und gebrechlicher Menschen“ beschrieben. Die Innere Medizin habe wie kein anderes Fachgebiet eine ganzheitliche Sicht auf die ambulante und stationäre Patientenversorgung und den Anspruch, eine Synthese aus Spitzenmedizin und Menschlichkeit zu finden, heißt es.

Prof. Dr. Michael Denking, President-elect der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, bemerkte: Der große **Unterschied** der Geriatrie zu anderen Fachdisziplinen sei, dass sie **funktionsorientiert** arbeite. Es werde primär danach geschaut, wie **selbsthilfefähig** ein Mensch sei, welche Aktivitäten des täglichen Lebens er noch schaffe, was erreicht werden könne.

### **Das fordert der BDI in seinem Positionspapier Altersmedizin**

- Eine offene gesellschaftliche Diskussion über die Herausforderungen des Alterns und des demografischen Wandels führen.
- Den Fokus auf den Erhalt der Funktionalität und die Selbsthilfefähigkeit der Patientinnen und Patienten legen, geriatrische Inhalte in die internistische Basisweiterbildung integrieren und einen Schwerpunkt Geriatrie im Gebiet Innere Medizin unter Beibehaltung der Zusatzweiterbildung setzen.
- Den Blick auf Patientenautonomie und -wünsche richten und Prävention auch im höheren Alter fördern.
- Eine öffentliche Diskussion über den Umgang mit Sterbewünschen im Alter führen. Menschen im höheren Lebensalter und in palliativer Situation sollten alle Möglichkeiten einer palliativen Therapie erhalten.

Die Pflegebedürftigkeit zu **verringern** sei das primäre Ziel. „Und die Medizin, die dahinter steckt, die können

wir als Ärztinnen und Ärzte, als Internistinnen und Internisten gut abbilden“, betonte Prof. Denkinger. Das sei immer auch Teamplay. In der Pflege stecke viel Potenzial hinsichtlich Aktivierung. Gebraucht würden Therapeutinnen und Therapeuten genauso wie Sportvereine.

Kritisch sah der Geriater die **fehlende strukturierte Prävention**. Am Wissen mangle es nicht. Auch kognitiv eingeschränkte, gestürzte Patientinnen und Patienten mit Gesprächen zu begleiten oder zu therapieren, sei möglich. Es gebe jedoch zu wenige niedrigschwellige Angebote, z. B. in den Sportvereinen. Man müsse mehr in die Quartiere gehen und Strukturen aufbauen. „Ich glaube, da gibt es viele gute Ideen, die im Augenblick von der Regierung ignoriert oder ausgeblendet werden“, so Prof. Denkinger.

„Man muss in diesem Bereich unbedingt mehr tun“, bestätigte auch Antje Kapinsky, Abteilungsleiterin Politik und Selbstverwaltung beim Verband der Ersatzkassen. „Das **Finanzierungsdefizit** spiegelt ein Versorgungsdefizit wider, das wir schon in der **Pflegeversicherung** sehen.“ Die Politik mühe sich daran ab. Es sei jedoch unverzichtbar, in der Versorgung der älteren und hochbetagten Menschen mehr zu tun.

„Wir müssen strukturieren“, erklärte Kapinsky, „das Thema ist **multidimensional**.“ Als ein riesiges Thema hierbei bezeichnet sie die Krankenhausreform. Strukturen könnten nicht so bleiben, wie sie seien. Das Problem lasse sich nicht dadurch lösen, immer mehr draufzusatteln, wie es jetzt seit vielen Jahren in der Gesundheitspolitik getan werde.

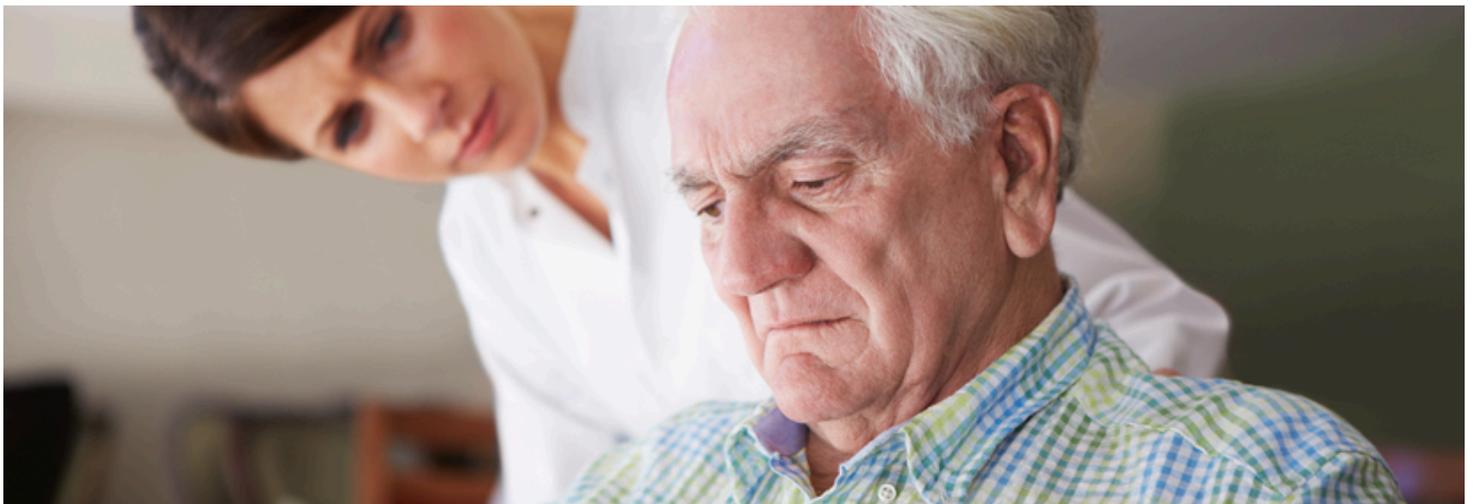
Quelle: BDI-Hauptstadtforum

04.10.2024

[Zurück](#)

---

## Mehr zum Thema



### Geriatric: Überweisung nur noch auf Umwegen möglich

Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist die Diskrepanz bei der Häufigkeit der von Hausärzten abgerechneten Geriatric-Nrn. und denen der... [mehr](#) Verordnungen



[Über uns](#) / [Aktuelle Meldungen](#) / Starke Stimme für die DGG: Michael Denkinger erneut in den BDI-Vorstand gewählt

## Aktuelle Meldungen

24. Oktober 2024

### Starke Stimme für die DGG: Michael Denkinger erneut in den BDI-Vorstand gewählt



**Zum dritten Mal wurde DGG-President-elect Professor Michael Denkinger als eines von 13 Mitgliedern in den Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) gewählt. Die Geriatrie darf sich so weiterhin über eine starke Stimme in einem der größten Ärzteverbände Deutschlands freuen!**

**Mit seinen rund 21.000 Mitgliedern vertritt der BDI seit über 60 Jahren erfolgreich die sozial- und berufspolitischen Interessen der deutschen Internistinnen und Internisten gegenüber Bund, Ländern, Kommunen, Versicherungsträgern und den Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung.**



# BDI und DGG fordern Stärkung der Geriatrie, um Pflegebedürftigkeit zu reduzieren

Das Thema Altersmedizin rückt zunehmend auf die BDI-Agenda. Erst kürzlich hat sich die Verbands-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck für eine dringende Stärkung der Geriatrie als Teilgebiet der Inneren Medizin und insbesondere als „Bollwerk gegen die Pflegebedürftigkeit“ in den geplanten Reformvorhaben ausgesprochen. Denn mit ihren akuten, frührehabilitativen und rehabilitativen Ansätzen biete die Geriatrie große Chancen, der Pflegebedürftigkeit aktiv entgegenzuwirken.

Als kommender DGG-Präsident kann Michael Denkinger einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass DGG und BDI gemeinsam diese große Aufgabe angehen – wie bereits mit der gemeinsamen Pressemitteilung in diesem Sommer dokumentiert.

*Foto: BDI-Vorstand mit (v.l.) Jakob Voran, Dr. med. Michael Denkinger, Dipl.-Med. Bernd Helmecke, Dr. med. Cornelius Weiß, Dr. med. Norbert Smetak, Dr. med. Ivo Grebe, Christine Neumann-Grutzeck, PD Dr. med. Kevin Schulte, Dr. med. Thomas Schmidt, Prof. Dr. med. Ahmed Madisch, Prof. Dr. med. Andrew Ullmann, Dr. med. Maria Klose. Es fehlt Dr. med. Klaus-Friedrich Bodmann.*

[< Zurück](#) [Weiter >](#)

## Abstract-Band zum Kongress 2024



Damit Sie sich ein Bild von den vielseitigen und qualitativ hochwertigen Beiträgen machen können, finden Sie hier den [Abstract-Band zum Download](#).

zur Info	Rückspr.	WV	Steuerbüro	Hausmeister
✓	GF		Sekretariat	Publikationen
Sekt AGs	LV	28.10.2024	Mkt	MV
Präs	Vors		RF	Kon
N-G	Sme	Schul	Bod	Denk
Klose	Mad	Schm	Ulm	Voran
			Weiß	

**Von:** [Pressestelle der DGG](#)  
**An:** [Info](#)  
**Betreff:** PM: Den Elefanten im Raum übersehen: Stellungnahme der DGG zum Sachverständigenrat-Gutachten zum Fachkräftemangel  
**Datum:** Freitag, 25. Oktober 2024 10:23:20  
**Anlagen:** [statpicture.png](#)

Wenn Sie keine Grafiken sehen können, sehen Sie sich diesen Newsletter in einem Webbrowser an.



25. Oktober 2024

## PRESSEMELDUNG

### Den Elefanten im Raum übersehen: Stellungnahme der DGG zum Sachverständigenrat-Gutachten zum Fachkräftemangel

Dem brandheißen Thema Fachkräftemangel widmet sich in diesem Jahr auch der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege. Unter dem Titel „[Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource](#)“ stellte bereits im Frühjahr das von der Bundesregierung berufene Gremium ein 300-seitiges Dokument mit Empfehlungen vor. Viele davon betreffen auch die geriatrische Versorgung. DGG-Präsident-elect [Professor Michael Denkinger \(Foto\)](#) hat sich das Paper entsprechend genauer angesehen.

Michael Denkinger kommentiert: „Im Gutachten des Sachverständigenrats 2024 finden sich Empfehlungen, die auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit abzielen und absolut richtig den Wert von Skilled Nursing, Primärarztssystemen und geriatrischer Expertise betonen.“ Herausgestellt würden zudem auch die Notwendigkeit, mehr Forschung zu Multimorbidität und Multimedikation zu ermöglichen, lobt der Ärztliche Direktor der Agaplesion Bethesda Klinik und Leiter des Instituts für Geriatrische Forschung der Universitätsklinik Ulm. Ebenso sei der Fokus auf rehabilitative und präventive Ansätze, ohne den Trigger Akutereignis, lobend zu erwähnen.

„Allerdings“, betont Denkinger, „wird all das nicht ausreichen, um den ‚Silver Tsunami‘ mit geschätzt 1,5 Millionen Pflegebedürftigen bis 2050 in Deutschland zu bewältigen. Man hat den Elefanten im Raum ein wenig übersehen!“

### Gutachten fokussierten sich zu sehr auf Primärprävention

Viele Textpassagen im Gutachten fokussierten sich auf die Primärprävention, kritisiert der kommende DGG-

Präsident. Prävention müsse aber auch sekundär und tertiär und bereits vor und direkt nach dem Akutereignis im Krankenhaus selbst beginnen – auch in den Level-2- und Level-3-Krankenhäusern. „Hierzu findet sich im Gutachten praktisch nichts“, kritisiert Denkinger. „Somit werden geriatrische Patientinnen und Patienten weiterhin nicht frühzeitig triagiert, bevor eine Maximalintervention beziehungsweise -diagnostik geschieht, wie zum Beispiel direkt im Anschluss an eine Bauchoperation, einen Herzinfarkt oder eine Schenkelhalsfraktur.“

Dabei könne die Geriatrie mit ihrem einzigartigen team- und funktionsorientierten Konzept auf Basis des Geriatrischen Assessments die Triage zwischen Prävention, Akuttherapie, Reha und Palliation koordinieren und damit Unter- und Überversorgung vermeiden. „Dafür müssen wir Geriater bereits in den Notaufnahmen eingebunden werden“, fordert Denkinger.

## Evidenzbasiert und gemeinschaftlich gegen die Pflegebedürftigkeit

Besonders die Geriatrie habe in den letzten Jahren mit Tools wie der S3-Leitlinie „Umfassendes Geriatrischen Assessment“, Cochrane Reviews oder Guidelines der American Society of Clinical Oncology (ASCO) gezeigt, wie man als Fachgebiet erfolgreich evidenzbasiert arbeitet. „Seien wir also mutig, es jetzt auch strukturell anzupacken“, motiviert Michael Denkinger.

Zur Umsetzung von wirksamen Maßnahmen in Krankenhäusern und Pflegeheimen würden dafür neben der akademischen Pflege auch Fachkräfte aus Therapie und Geriatrie benötigt. „Und auf Basis der Ambulant Geriatrischen Zentren könnten regional, ebenfalls mit der Pflege und der hausärztlichen Medizin, wirksame präventive Hausbesuchskonzepte und ambulante Rehabilitation entstehen – als Gesamtkonzept und Bollwerk gegen Pflegebedürftigkeit“, so die Vorschläge Denkingers.

Foto: Universität Ulm

---

## Pressekontakt der DGG

Torben Brinkema  
medXmedia Consulting KG  
Nymphenburger Str. 19  
80335 München  
Tel: +49 (0)89 / 230 69 60 79  
E-Mail: [presse@dggeriatrie.de](mailto:presse@dggeriatrie.de)

### Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG):

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Ärzte, die sich auf die Medizin der späten Lebensphase spezialisiert haben. Sie wurde 1985 gegründet und hat augenblicklich rund 1.800 Mitglieder.

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der Gemeinnützigkeitsverordnung vom 24.12.1953 und ist damit ein nicht-wirtschaftlicher Verein gemäß § 21 ff BGB.

### Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V., Kunibertskloster 11–13, 50668 Köln

### Vertreten durch den Präsident der DGG:

Prof. Dr. med. Markus Gosch, Klinikum Nürnberg, Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1, 90419 Nürnberg

[www.dggeriatrie.de](http://www.dggeriatrie.de) | Kontakt

[Sie möchten keinen Newsletter mehr? Hier können Sie ihn abbestellen.](#)

