

## Thüringer Landtag

Samstag, 16. Oktober 2021

### **Stellungnahme zum Antrag der CDU-Fraktion „Garantiert gut versorgt – Medizinische Leistungen in ganz Thüringen sichern“ – Drucksache 7/2041**

#### **A. Garantiert gut versorgt – Medizinische Leistungen in ganz Thüringen sichern**

Der Landesseniorenrat Thüringen stimmt der Zustandsbeschreibung im Wesentlichen zu. Die kommerzialisierte medizinische Versorgung, was insbesondere im Krankenhausbereich in den letzten 20 Jahren zu Verwerfungen geführt hat, gehört selbstverständlich zur kommunalen Daseinsvorsorge, und es gibt natürlich eklatante Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Versorgungsstrukturen. Das betrifft auch die pflegerische Versorgung. Fehlende Angebote gibt es inzwischen aber nicht nur mit Bezug auf die Verhinderungspflege, sondern es fehlen in verschiedenen Regionen

- Tagespflegeangebote
- niedrigschwellige Betreuungsangebote und
- normale Pflegedienstleistungen.

#### **Differenzierung der Zustandsbeschreibung**

Die Zustandsbeschreibung des Antrags der CDU-Fraktion müsste u. E. insofern differenziert werden, als dass es, was die Kassenärztliche Vereinigung bestätigen würde, nicht unbedingt um eine Unterversorgung mit Haus- und Fachärzten geht, in vielen Regionen Thüringens gibt es durchaus genügend Haus- und Fachärzte, sondern um ihre Erreichbarkeit, eine zeitnahe Terminvergabe und begrenzte Aufenthaltszeiten in Wartezimmern.

Haus- und Fachärzte siedeln sich häufig clusterähnlich in den größeren Städten der Landkreise an. Das kann dazu führen, dass von Patient\*innen Wegstrecken von 80 und mehr Kilometer zurückgelegt werden müssen, um eine (Fach)Arztpraxis zu erreichen. Insbesondere für immobile Hochaltrige, die über eingeschränkte Unterstützungsressourcen verfügen, können solche Distanzen schwer überwindlich sein. D. h., es stellt sich die Frage, inwiefern nicht nur Transportdienste, sondern auch mobile ärztliche Angebote etabliert werden können.

**Unberührt** bleibt die in Teilen skandalöse medizinische Unterversorgung in Pflegeeinrichtungen. Die Verordnung und Verabreichung von krankheitsverstärkenden und lebensverkürzenden Neuroleptika in Pflegeeinrichtungen, denen keine adäquate medizinische Diagnose, sondern emotionales Stressempfinden bei den Betreuungspersonen, Hilflosigkeit, Überforderung, Ärger, Unzufriedenheit zugrunde liegt, Therapieabbrüche, die eklatante Unterversorgung mit Fachärzten sind, wie die Untersuchungen von Glaeske eindrucksvoll belegen, die Regel (Glaeske 2020, S. 39). Eine fachärztliche Versorgung bleibt bei vielen Bewohner\*innen aus. In weit über einem Drittel der Pflegeeinrichtungen gibt es keine gynäkologischen Untersuchungen, obwohl 80 % der Heimbewohner\*innen Frauen sind. Gleiches gilt für den Besuch von Augen- und HNO-Ärzt\*innen, Neurolog\*innen und Psychiater\*innen. (ebd., S. 32, 22).<sup>1</sup>

**Unberührt bleibt** auch der Personalmangel in Pflegeeinrichtung sowie die pflegerische Unterversorgung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. D. h., es geht nicht nur um einen antizipierten Mangel an Ärzten und eine Bindung und Gewinnung medizinischer Fachkräfte, sondern um den seit Jahren deklarierten Mangel an betreuendem Pflegepersonal.

**Der Situationsbeschreibung der CDU-Fraktion ermangelt es u. E. allerdings elementar an einem Perspektivwechsel.** Der CDU-Antrag argumentiert ausschließlich im Paradigma der quantitativen Ausdehnung von Leistungen.

Das Gesundheitssystem wird es vor dem Hintergrund des demografischen Wandels aber mit bekannten Phänomenen zu tun haben: Mit einer höheren und großen Anzahl von Hochaltrigen im Gesundheitssystem, mit Multimorbidität, mit Demenzerkrankten sowie mit chronischen Erkrankungen. Das Wesen dieser Phänomene besteht in der Nichtheilbarkeit. Es handelt sich um progredierende Krankheiten und um eine potentiell steigende Krankheitslast.

Das traditionelle medizinische Gesundheitssystem mit seinen traditionellen Akteuren kann diese Krankheitslast nicht verringern!!! D. h. Ärzte und Krankenhäuser schaffen für Hochaltrige keine Gesundheit, sondern im besten Falle lindernde Behandlung, verzögernde Krankheitsverläufe und Lebensverlängerung.

Mit Bezug auf eine alternde Gesellschaft geht es im Kern, wenn man ein progressives Gesundheitssystem entwirft, um ein **präventionsorientiertes Gesundheitssystem** mit dem Ziel einer Ausdehnung der gesunden Lebensjahre und eine Verminderung chronischer und multimorbider Krankheitslasten.

Es bedarf Investitionen in Gesundheitsförderung und Prävention in Wohnquartieren sowie in die Etablierung einer Präventionsmedizin für ältere Menschen. Insofern geht es nicht nur um sektorenübergreifende Versorgungskonzepte, sondern um eine Verkoppelung von adäquaten sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten mit der sozialen Lebenswelt von älteren Menschen.

## **B. Garantiert gut versorgt – durch die Förderung telemedizinischer Versorgung**

Den Aufforderungen der CDU-Fraktion zur telemedizinischen Versorgung stimmt der Landesseniorenrat dem Grunde nach zu. Vor allem der Hinweis darauf, dass telemedizinische Angebote eine Versorgung im ländlichen Raum zulassen (Punkt 1), ist zu begrüßen. Ebenfalls die Forderung eines telemedizinischen Notarztes sowie einer Tele-VERAH als einer digitalen

---

<sup>1</sup> Glaeske, Gerd (2020); Demenzreport 2020, [2020 hkk Demenzreport%202020 Web.pdf](#)

Versorgungsassistenz, die in Hausarztpraxen oder medizinischen Zentren verortet sein kann. Allerdings wäre angesichts der begrenzten Zuwendungspraxis mit digitaler Technik auch eine analoge Verah im Sinne der tradierten Gemeindeschwester wünschenswert, die aufsuchende Hilfe für hochaltrige Menschen ermöglicht oder die in Versorgungs- oder Einkaufszentren nach skandinavischen oder kanadischen Modellen vermittelnd tätig ist.

Befremdlich ist, was für das Gesundheitssystem symptomatisch ist, die Abwesenheit der Patient\*innen. Die Patient\*innen sind, was sich im Begriff des Patientenmanagements (Punkt 2) sublimiert, das Objekt von Versorgungsleistungen. Sie kommen als Subjekt Ihres Forderungskatalogs, was ebenfalls symptomatisch ist, nicht in den Blick. Inwiefern, das wäre zu fragen, sind denn hochaltrige Menschen, auf die telemedizinische Angebote zuallererst zielen, zumal wenn sie kognitive eingeschränkt sind, überhaupt in der Lage, telemedizinische Angebote adäquat zu nutzen? Welche Erfahrungen liegen hier vor? Das wäre vorrangig zu klären, bevor Forderungen reklamiert werden, die auf Investitionen zielen.

Die zahlreichen Einzelforderungen Ihres Forderungskatalogs müssten in der Forderung nach einer Gesamtkonzeption des Staates (in Kooperation mit den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer und Patientenorganisationen) zur Einführung telemedizinischer Leistungen münden, die nicht nur zum Ziel hat, die medizinische Versorgung im ländlichen Raum abzusichern, sondern dass Gesundheits(dienst)leistungen zu den Patient\*innen gebracht werden und dass alte Menschen so lange wie möglich in ihrer angestammten Wohnumgebung leben können.

Zudem ist zu bedenken, dass der isolierte Rekurs auf Telemedizin unterkomplex ist. Insbesondere alte Menschen brauchen die Verfügbarkeit von Angehörigen, ein Notrufsystem, funktionierende Nachbarschaften, Pflege- und Sozialberatung, Hilfe im Haushalt, Betreuungs- und anderweitige Versorgungs- und Sinnangebote. Insofern ist, wenn man digitale Angebote im Blick hat, auf komplexe smarte Systeme zu orientieren, die die Komplexität von Lebenslagen absorbieren können. Zu verweisen wäre hier auf medizinübergreifende Assistenzsysteme für zu Hause, wie sie in Gera im Rahmen des SMARTCity Projekts und dem Assistenzsystemen von BeHome modellhaft ausprobiert werden. Solche komplexeren Anwendungssysteme, die Telemedizin mit aufnehmen können, erscheinen zukunftsweisender als isolierte telemedizinische Beratungssysteme, zumal sie vergleichsweise barrierearm etabliert werden können und Kommunen und Wohnungsgesellschaften an deren Etablierung ein elementares Interesse haben dürften.

### **C. Garantiert gut versorgt – durch intelligente Vernetzung medizinischer Leistungen**

Der Landesseniorenrat stimmt den Forderungen der CDU-Fraktion zu einer besseren Vernetzung medizinischer Leistungen zu.

#### **Betrifft Hausärzte**

Die Sicherstellung einer flächendeckenden Hausarztversorgung ist dabei das Selbstverständlichste. Allerdings reicht diese quantitative Verteilungsperspektive nicht aus. Wir rekurrieren dabei auch darauf, dass sich Hausarztsettings qualitativ im Sinne einer „Sprechenden Medizin“ verändern. Hausärzte müssen präventiv und mit Bezug auf Gesundheitsförderung tätig werden können. Sie müssten sektorenübergreifend arbeiten und Kontakte zu Pflegediensten, Fachärzten, Krankenhäusern pflegen können. Ihre anamnetischen und Interventionskompetenzen sollten sich, vermittelt durch soziale Assistenz, auch auf das Soziale und Familiäre beziehen.

Im gegenwärtigen Hausärztesetting mit einer geringsten Verweildauer der Patient\*innen in der Praxis (ausgenommen das Wartezimmer) sind medizinische Interventionen zumeist auf das Somatische und medikamentöse Interventionen orientiert. Sie blenden psychische, soziale, biografische, genetische, lebensstilverursachte und anderweitige Zusammenhänge systematisch aus. Sie verharren am Symptom.

### **Betrifft Krankenhäuser**

Der Landessenorenrat stimmt auch der Forderung zu, ein Zukunftsbild einer Thüringer Landeskrankenhausplanung zu entwerfen. Er fordert, eine Novellierung des Thüringer Krankenhausgesetzes dahingehend, dass Vertreter von Patient\*innen wie der Landessenorenrat und Patientenorganisationen an diesen Planungsprozessen beteiligt werden, dass Patientenrechte und die Stellung der Patientenvertreter in den Krankenhäusern gestärkt und auf Landesebene ein Patientenbeauftragter etabliert werden.

Die Krankenhausplanung wird in Thüringen durch die wirtschaftlichen Interessen der Krankenhausbetreiber dominiert. Im Mittelpunkt sollten aber die Interessen der vor allem hochaltrigen Patient\*innen stehen. Dabei geht es nicht nur um einen flächendeckenden Versorgungsansatz, sondern um Versorgungsqualität in Krankenhäusern, die multimorbide und geriatrische Patient\*innen behandeln können.

Mit Blick auf geriatrische hochaltrige Menschen, vor allem wenn sie einsam leben, sind vor allem der Sozialdienst und das Entlassungsmanagement, wie es ihre Forderung in Punkt 11 vorsieht, zu stärken. Allerdings eben nicht nur mit Bezug auf (Kurz)Zeitpflege und die Beantragung einer Pflegestufe, sondern mit Bezug auf ein sektorenübergreifendes Versorgungssetting, des Weiteren mit Bezug auf soziale und quartiersbezogene Akteure, die Einbindung niedrigschwelliger Hilfen, die Aktivierung von Angehörigen, die Einbindung von Ehrenamtlichen usw. usf. Zu verweisen wäre in diesem Zusammenhang auf das konzipierte, aber abgelehnte integrative Projekt RESOLUT zur Versorgung von Krebspatient\*innen, das genau diese Schnittstellen zwischen Krankenhaus, haus- und fachärztlicher Versorgung und Nachbetreuung, Einbindung von Angehörigen, sozialen Diensten und Quartiersakteuren im Blick hatte.

Dieser Profilierung des Sozialdienstes von Krankenhäusern müsste allerdings eine adäquate Aktivierung und Mobilisierung von hochaltrigen Patient\*innen in den Krankenhäusern vorgelagert sein, denn diese sind der Erfahrungen nach völlig unzureichend. Hochaltrige Patient\*innen verlieren in Krankenhäusern z. T. dramatisch mobile und kognitive Kompetenzen. Dieser Kompetenzverlust nach Krankenhausaufenthalt führt in vielen Fällen dazu, dass Hochaltrige kein selbstständiges Leben mehr führen können. Die mobilisierende, feinmotorische und kognitionsorientierte Rehabilitation beginnt im Krankenhaus. Die Voraussetzungen für diese sollten gestärkt werden.

Weitere innovative Ansätze in Krankenhäusern verbinden sich mit Bezug auf Hochaltrige mit

- der Etablierung von personenbezogenen Beratern, die eine soziale Lenkungsfunktion haben
- einem adäquaten Medikamentenmanagement, das sich nicht am Maximum der Medikamentengabe orientiert
- der Etablierung von Systembetreuern, denen die Optimierung der Prozesskette obliegt usw. usf.

Solche Ansätze sollten im Sinne einer modernen Präventionsmedizin gefördert und publiziert werden.

#### **D. Garantiert gut versorgt – durch verstärkte Nachwuchsförderung, Fachkräftezuwanderung und ertüchtigte Gesundheitsberufe**

Der Landesseniorenrat kann den zukünftigen Bedarf an Ärzten und Apotheke(r)n nicht adäquat einschätzen. Ein solider Bedarfsnachweis, der die Verrentung von Ärzten, den demografischen Wandel, die zunehmende Krankheitslast von hochaltrigen Menschen einrechnet, scheint es für Thüringen nicht zu geben bzw. scheinen die Fachkräftestudien der Vergangenheit nur unzureichend aussagekräftig zu sein.

Als Problem erscheint uns, dass der Altersstrukturwandel zu einer Verschiebung des Behandlungsbedarfs führt. D. h., es wird mehr Behandlungsassessments für geriatrische, demenzerkrankte, multimorbide und chronisch erkrankte Menschen geben müssen.

Als Problem in Krankenhäusern erwies sich in den letzten Jahrzehnten nicht oder weniger ein Ärztemangel, sondern dass Pflegekräfte abgebaut wurden. Diese Entwicklung ist mit Blick auf hochaltrige Menschen und deren Mobilisierung und kognitive Stimulierung unmittelbar nach medizinischen Eingriffen hochproblematisch.

Als strukturelles Problem erweist sich angesichts des Personalmangels gleichermaßen die zersplitterte Krankenhauslandschaft in Thüringen.

Bevor die Etablierung neuer und die Ausdehnung bestehender Studiengänge, der „Import“ von Ärzt\*innen aus anderen Ländern und anderweitige investive Maßnahmen in Erwägung gezogen werden, sollten die dem medizinischen System inhärenten strukturellen Probleme, die einen effizienten Personaleinsatz verhindern, gelöst werden. Der Freistaat Thüringen kann angesichts der Haushaltssituation, vor allem aber vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und sinkender Einwohnerzahlen nicht (ausschließlich) in Erweiterungs- und Ausdehnungsmodellen denken, sondern in strukturellen Paradigmen, die eine humane und patientenorientierte Versorgung gewährleisten.

#### **Dokumentenherstellung**

Der Antrag der CDU-Fraktion wurde an alle Seniorenbeiräte und Seniorenbeauftragte verschickt mit der Bitte um Zuarbeiten für eine Stellungnahme. Die Geschäftsstelle hat einen Stellungnahmeentwurf erarbeitet, der den Beiräten und Beauftragten zur Verfügung gestellt wurde, verbunden mit der Bitte um Hinweise und weitere Vorschläge.

Die vorliegende Stellungnahme ist Resultat dieses Prozesses.



Vorsitzende  
Hannelore Hauschild



Geschäftsführer  
Dr. Jan Steinhaußen