

04/2024



Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin



Unsinnige Bürokratie, wirtschaftlicher Druck,
staatliche Überregulierung, unregelmäßige Arbeitszeiten

**Warum die Freude am Arztberuf
trotzdem überwiegen kann**



Besondere Vorteile
für Mitglieder im
Hartmannbund!

Wir halten
Ihnen den
Rücken frei!

Wenn einmal Unvorhergesehenes passiert, steht die Deutsche Ärzteversicherung hinter Ihnen – mit maßgeschneiderten Finanz-, Versicherungs- und Vorsorgelösungen.

Wie etwa bei Schadensersatzansprüchen. Hier bietet Ihnen unsere Berufshaftpflichtversicherung in jeder Berufsphase umfassende Leistungen, die Sie vor den finanziellen Folgen schützen.

So können Sie stets entspannt nach vorn blicken!

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

 Deutsche
Ärzteversicherung

Editorial



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

liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ein weiteres Jahr voller gesundheitspolitischer Herausforderungen liegt hinter uns. 2024 brachte wichtige Entscheidungen, aber auch Fehleinschätzungen und offene Baustellen. Allen voran die kürzlich verabschiedete Krankenhausreform. Sie ist in vielerlei Hinsicht ein notwendiger Schritt. Einerseits begrüßen wir die stärkere Fokussierung auf Qualitätskriterien, andererseits bereitet uns die mangelnde Folgenabschätzung Sorge. Bei allen angestrebten Veränderungen ist eine vernünftige angemessene ärztliche Personalausstattung essenziell. Hier gilt es 2025 noch weitere dringende Anpassungen auch unter Einbeziehung der Ärzteschaft sicherzustellen. Ohne Reduktion der Arbeitsverdichtung, ohne Investitionen in Personal bleiben viele Reformziele Wunschdenken.

In der Summe erlebten wir in der gesundheitspolitischen Agenda eine Befassung mit vielfältigen Themen, aber nur wenig mit Konsistenz zu Ende Geführtes. Die Bundesregierung hat es nicht geschafft, eine kohärente Strategie vorzulegen, die Vertrauen in die politischen Fähigkeiten schafft, die großen gesellschaftlichen Herausforderungen der Zukunft zu lösen.

Trotz allem dürfen wir den Blick für das Positive nicht verlieren. Das Titelthema dieser Ausgabe erinnert uns an das Wesentliche: die Erfüllung, die uns unser Beruf schenkt. Den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen, trotz schwieriger Umstände. Wir erleben täglich, wie viel Bedeutung und Sinn unsere Arbeit hat. Das Vertrauen unserer Patientinnen und Patienten und die Teamarbeit in Kliniken und Praxen – all das sind Gründe, warum viele von uns ihre Profession nicht gegen eine andere eintauschen würden. Doch diese Freude darf nicht durch Überlastung, schlechte Arbeitsbedingungen oder ein Gefühl der politischen Verunsicherung erdrückt werden.

Auch im kommenden Jahr wird es weiter darum gehen, unsere Anliegen laut und deutlich in die Öffentlichkeit zu tragen und den gesellschaftlichen Wert unseres Berufes immer wieder zu unterstreichen, in einen konstruktiven Dialog mit der neuen Bundesregierung zu gehen und nicht nachzulassen. Das betrifft nicht nur die Krankenhausreform, sondern auch Maßnahmen zur Sicherung der ambulanten Versorgung, die Entbürokratisierung, die Sicherstellung des Nachwuchses und die digitale Transformation, die bislang zu oft als Belastung statt als Entlastung empfunden wird.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, auch wenn wir uns in schwierigen Zeiten befinden, möchte ich mit Zuversicht enden. Unser Beruf hat nicht nur eine Geschichte, sondern auch eine Zukunft, die es wert ist, gestaltet zu werden. Lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten – mit Engagement und Leidenschaft.

Ich wünsche Ihnen frohe Festtage und einen guten Start ins neue Jahr. Lassen Sie uns 2025 mit neuem Mut und Entschlossenheit angehen – für unsere Patientinnen und Patienten, die uns am Herzen liegen.

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



6

Warum die Freude am Arztberuf trotzdem überwiegen kann

Ärztinnen und Ärzte genießen größtes Vertrauen in der Bevölkerung und zählen zu den Topverdienern. Gleichzeitig sind häufig die Arbeitsbedingungen schwierig und belastend – zu viel Bürokratie, wirtschaftlicher Druck, staatliche Überregulierung. Ungeregelte Arbeitszeiten an den Kliniken sind vielerorts noch immer ein Hindernis für die erforderliche Work-Life-Balance. Und im niedergelassenen Bereich spitzt sich die Lage zu: Junge Ärzt:innen wollen immer seltener eine eigene Praxis gründen. Berufsverbände sehen die Gesundheitsversorgung gefährdet. Aber wo stehen Medizinstudierende und Ärzt:innen in diesem Spannungsfeld zwischen Traumberuf und Untergangsszenario? Und wie könnte der Spaß an der Arbeit wieder zum Alltag werden?

22

Forderungen an künftige Regierung: Hartmannbund verabschiedet Grundsatzpapier
Hauptversammlung 2024



25

Wie es nach dem Ampel-Aus weitergeht
Reformen im Gesundheitswesen



26

ePA-Neustart unter kritischen Voraussetzungen
Schrittweise Einführung
Anfang 2025



28

Sind wir im Ernstfall überfordert?
Stärkung des Gesundheitssystems in Krisen-Zeiten



30

Steigendes Defizit und wachsende Eigenanteile
Großer Reformdruck in der Sozialen Pflegeversicherung

32

Dauerhaft am Limit
Erste Schritte für ein flächendeckendes Personalbemessungssystem

33

Noch kein Ende der Probleme in Sicht
Ärzteschaft fordert EU-Strategie gegen Lieferengpässe

34

Vornehmlich eine Bildungsfrage
Gesundheitsinformationen in sozialen Netzwerken auf dem Prüfstein

36

Pilotprojekt vereint Gesundheits- und Nachhaltigkeitsaspekte
Wahlfach Culinary Medicine für das Medizinstudium

38

Die Gesundheitsversorgung von morgen jetzt gestalten
Aktuelles aus dem Studierendenausschuss

39 Service

 Kooperationspartner

48

 Ansprechpartner

50

 Impressum

Kleiner HB-Stimmenfang zum Titelthema: „Freude am Arztberuf?!“

Motivation? Ziel erreicht? Highlights? Empfehlungen?

Warum haben Sie Medizin studiert / sich für ein Medizinstudium entschieden?

Was sind Ihre Ziele, was möchten Sie/wollten Sie in Ihrem Beruf erreichen (sei es in der Versorgung von Patientinnen und Patienten, in der Forschung oder Lehre)?

Haben sich Ihre Erwartungen, die Sie zum Studienbeginn hatten, erfüllt? Was gefällt Ihnen (bis) heute an Ihrem Beruf?

Gab es für Sie in diesem Jahr ein medizinisches Highlight (z.B. eine veröffentlichte Studie, ein neues Medikament, ein persönliches Erlebnis im Klinik- oder Praxisalltag...), das Sie vielleicht noch weiter darin bestärkt, eine medizinische Karriere zu verfolgen/Sie beeindruckt hat?

Würden Sie das Medizinstudium/den Arztberuf mit dem Wissen von heute wieder wählen? (Was würden Sie Studienanfängerinnen und -anfängern raten?)



Dr. Theodor Uden, Kinderarzt

„Keine berufliche Aufgabe und kein Studienfach kombiniert auf eine ähnliche Weise Naturwissenschaft und den Kontakt zum Menschen. Die Aussicht, mit bestimmten Fähigkeiten und Wissen eines Tages auch schwer kranken Menschen helfen zu können, hat eine Faszination auf mich ausgeübt.“

Als Kinderarzt liegt mir die Gesundheit von Kindern besonders am Herzen. Dabei geht es natürlich viel um die Gesunderhaltung, aber auch darum akut oder chronisch kranken Kindern bestmöglich zu helfen. Mit besonderem Schwerpunkt arbeite ich derzeit an der Frage, wie moderne Technologien und künstliche Intelligenz in der Medizin zum Wohle der Patienten eingesetzt werden können.

Besonders gefällt mir die Vielfalt der Tätigkeiten, die mit dem Arztberuf ergriffen werden können. Unmittelbar, eins zu eins dem Patienten helfen zu können ist für mich weiterhin ein besonders schöner Berufsinhalt.

Gab es für mich in diesem Jahr ein medizinisches Highlight?

Jedes Mal wenn ich sehe, wie ein Team von Experten zusammenarbeitet und einen schwierigen Fall zu einem bestmöglichen Ergebnis bringt, ist das etwas Besonderes.

Ja, ich würde wieder Medizin studieren und auch jungen Menschen weiterhin dazu raten, wenn sie den Wusch haben. Ich würde empfehlen sich Zeit zu nehmen, um einen individuellen Weg zu finden. Es gibt viele mögliche Wege und nicht nur die wenigen, die derzeit vielleicht im eigenen Blickfeld sind. ^

Dr. Gabriela Stammer, Frauenärztin

„Ich habe Medizin studiert, weil ich als Kind eine grandiose Hausärztin hatte, die mir Vorbild war. Mit großer Klarheit und Wärme hat sie uns begleitet. Wenn sie zum Hausbesuch kam, musste es schon ernst sein. Ihre Untersuchung und Diagnose, ihr Blick gaben so viel Sicherheit, dass es zum Gesunden schon genug war. Schon in meiner Schulzeit interessiert mich der menschliche Körper und Therapie sehr, die Pflanzenwelt und derer therapeutischen Optionen hat mich sehr fasziniert. Ich wollte immer weiter lernen, auch mich selbst entwickeln, dass ich Patientinnen und Patienten Impulse geben kann, ihre Ressourcen gut nutzen zu lernen. Meinen Patientinnen und Patienten zur Seite stehen in ihren Krisen, Krankheiten. Ich möchte unterstützen zur Gesundheit, zur Entwicklung in der Biografie aus eigenen Kräften.“

Meine Erwartungen haben sich erfüllt. Mich begeistert, dass ich immer weiter Lernen kann, mein Wissen und Können erweitern kann, immer besser Zuhören lerne.

Gespräche zur Geburtsvorbereitung, oder nach traumatisierter Geburt, sowie Einstimmung auf eine Geburt und Elternschaft, die das Kind seinen Weg gehen lässt und nicht Leistungen abzuliefern oder ein Super-Event zu erleben: das begeistert mich. Wenn es gelingt, das Selbstvertrauen in sich als werdende Mutter und in die Geburt (wieder)zugewinnen und gemeinsam zu erarbeiten, innezuhalten und Zeit für ein konzentriertes Gespräch zu bekommen und dessen tiefe Wirkung mitzerleben: das begeistert und berührt mich.

Ja, ich würde wieder Medizin studieren und den Beruf wieder ergreifen. Auch würde ich – wäre ich heute ein junger Mensch – alles dafür geben, eine mutige, verantwortungsvolle und um das Wohl der Patientinnen und Patienten bemühte Ärztin zu sein, die nicht aus Sorge, wohl aber sorgfältig handelt.“



Peter Schreiber, Medizinstudent

„Ich habe mich für das Medizinstudium entschieden, um einen Unterschied zu machen. Ich wollte schon immer dann helfen und gar heilen, wenn es am dringlichsten gebraucht wird. Dann für Patientinnen und Patienten da sein, wenn Ungewissheit, Unbeständigkeit und Unruhe zur unausweichlichen Tagesordnung gehören. Das treibt mich an und gibt mir Kraft.“

Ich möchte meiner ländlichen Heimat später etwas zurückgeben und ein beständiger Partner für die dortigen Patientinnen und Patienten sein, um zu einer modernen und auskömmlichen Gesundheitsversorgung beizutragen.

Ungeachtet aller Probleme und unverkennbarer Missstände im Medizinstudium wurde ich doch noch nie enttäuscht, wenn ich die Chance hatte, z.B. in die allgemeinmedizinische Versorgung einzutauchen und fundierte Arzt-Patienten-Beziehungen erleben zu dürfen. Mir gefällt es seit jeher besonders, zu sehen, dass inmitten aller Technisierung und Automatisierung viele Patienten jedweden Alters umso stärker danach trachten, authentische und empathische Arztkontakte erfahren zu dürfen, um von der heilenden Kraft des zwischenmenschlichen Miteinanders zehren zu können.“





Kimberly Gärtner, Medizinstudierende

„Für mich war das Medizinstudium eine Antwort auf eine lange Suche nach Perspektive und Erfüllung. Schon als Kind hatte ich den Wunsch, Ärztin zu werden. Dieser Traum war zunächst eher ein Gefühl, doch in meiner Ausbildung und Arbeit als Kinderkrankenschwester auf einer Intensivstation begann er, eine klare Richtung zu bekommen. Jeden Tag dort habe ich erlebt, wie viel Einfluss eine einfühlsame, professionelle Betreuung auf die jungen Patient*innen und ihre Familien haben kann. Das hat in mir den Wunsch geweckt, noch mehr zu lernen und die medizinische Seite tiefer zu verstehen, um noch besser helfen zu können.“

Jetzt, im Studium, merke ich, wie vielseitig der Weg in der Medizin wirklich ist. Der Beruf, der nach dem Studium auf mich wartet – Ärztin zu sein – bietet so viel mehr, als man auf den ersten Blick denkt. Es gibt unzählige Möglichkeiten, wie man sich innerhalb und auch außerhalb des klassischen Klinikalltags einbringen kann. Ich möchte andere Studierende dazu ermutigen, geduldig zu sein und neugierig über den Tellerrand zu schauen, denn oft entdeckt man die besten Chancen erst, wenn man offen bleibt und sich erlaubt, neue Wege zu gehen.

Was mein Ziel angeht, geht es mir weniger um äußere Anerkennung oder prestigeträchtige Positionen. Vielmehr wünsche ich mir, einen Bereich zu finden, in dem ich jeden Tag mit Überzeugung und Freude arbeiten kann. Mein Antrieb ist es, eine Tätigkeit zu finden, die so sehr meiner Leidenschaft entspricht, dass sie sich nicht wie Arbeit anfühlt. Für mich ist wahre Erfüllung im Beruf das höchste Ziel – etwas, das mich nicht nur fordert, sondern auch erfüllt.

An alle, die ihren Weg in der Medizin noch suchen: Habt Vertrauen in eure Reise und nehmt euch die Zeit, eure eigenen Interessen und Stärken zu entdecken. Die Medizin ist ein unglaublich facettenreiches Feld, und es gibt unzählige Möglichkeiten, wie jeder und jede von uns hier einen sinnvollen Platz finden kann. Auch wenn der Weg manchmal unklar scheint – bleibt geduldig und haltet die Augen offen für das, was euch wirklich bewegt. Die Erfüllung, die aus der Arbeit mit Herzblut entsteht, ist unbezahlbar und das, was diesen Beruf so besonders macht.“

Wolfgang Gradel, Hausarzt

„Sinnvolles Helfen in einer Kombination aus Theorie und Praxis, ganz nahe am Menschen, das war meine Motivation, Medizin zu studieren. Und gerade als Hausarzt bin ich ganz nah an den Menschen und ihrem Umfeld. Ich habe mein Physikstudium vor allem abgebrochen, weil es mir zu theorie-lastig war.“

Trotz störender Bürokratie, versorgungsferner Gängelung und unzureichender Honorierung durch die Politik würde ich für mich persönlich sagen: „Ziel erreicht“.

Mein Highlight des Jahres: Ich habe endlich eine Praxispartnerin gefunden, die es mir ermöglicht, ohne schlechtes Gewissen auch Zeit für den Hartmannbund und mein berufspolitisches Engagement herauszuschlagen, ohne meine Patientinnen und Patienten zu vernachlässigen.

Den nachkommenden Kolleginnen und Kollegen würde ich gerne auf den Weg geben, dass die negativen Aspekte etwas in den Hintergrund treten, wenn man den Beruf als Berufung sieht, aber das gilt ja für alle Berufe so...“



Dr. Jörg Müller, Augenarzt

„Aufgrund staatlicher Lenkung wurde ich wegen meiner ausgezeichneten Leistungen von den verantwortlichen Entscheidern ausgesucht und von der DDR zum Auslandsstudium in die Sowjetunion delegiert.“

Ziel war immer Menschen zu helfen und soweit möglich Leiden zu lindern bzw. Erkrankte zu heilen.

Die damaligen Erwartungen zu erfüllen, gestaltete sich unter den zunehmend sich verschlechternden Rahmenbedingungen einer seit Jahrzehnten verfehlten Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland über die Jahre immer schwieriger.

Medizin studieren und wirklich Arzt und nicht Mediziner zu werden, um die Heilkunst ausüben zu können, ist auch heute etwas Erfüllendes. Studienanfängerinnen und -anfänger würde ich raten sich rechtzeitig und eingehend über die derzeitigen Rahmenbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland zu informieren und äußerste Vorsicht walten zu lassen, sich in Beziehungen zu einer Kassenärztlichen Vereinigung zu begeben. Eine Berufsausübung in Deutschland sollte sorgfältig überlegt werden.“

Dr. Dr. Galina Fischer, Fachärztin für Radioonkologie und Strahlentherapie



„Von Beginn an fand ich Medizin faszinierend. Jeder hat einen Körper und somit betrifft es auch jeden. Schnell hatte ich den Wunsch, Medizin zu studieren, um mein Wissen dort zu vertiefen. Allerdings war ich im Studium und PJ lange unentschieden, welche Weiterbildung ich absolvieren möchte. Im PJ hat sich meine Entscheidung für Radio-Onkologie herauskristallisiert. Im Studium stehen die klassischen Berufsbilder in Klinik und Praxis im Fokus, aber ich empfehle jedem, sich auch einmal rechts und links vom offensichtlichen Pfad umzusehen. Die Tätigkeitsfelder sind sehr vielfältig und viele entdeckt man erst im Laufe des ärztlichen Arbeitens.“

Für mich stand immer die Sinnhaftigkeit des Berufs im Vordergrund. Und es ist möglich einen relevanten medizinischen Beitrag im Labor, direkt am Patienten oder auch in der Medikamentenzulassung zu leisten. Wichtig ist, dass man seiner Tätigkeit mit Freude nachgeht und mit der Qualität der eigenen Arbeit zufrieden ist.

Mein Highlight in diesem Jahr ist meine berufliche Neuorientierung. Dadurch durfte ich in Fort- und Weiterbildungen, zusätzliche Bereiche kennenlernen. In der Medizin lernt man glücklicherweise nie aus.

Auch wenn sich nicht alle meine Erwartungen erfüllt haben, würde ich Stand heute erneut Medizin studieren. Der Beruf ist interessant und unglaublich vielseitig!“

Dr. Moritz Völker, Notfallmediziner

„In erster Linie habe ich Medizin studiert, weil ich das Fach spannend finde und immer gehofft habe, damit einer sinnvollen Tätigkeit nachgehen zu können. Zugegeben spielt aber auch die Prägung des Elternhauses eine Rolle und hier habe ich früh viele positive wie negative Aspekte dieses Berufes kennengelernt.“

Ich arbeite als Notfallmediziner und möchte möglichst gute Medizin machen und meine Patienten gut versorgen. Dabei möchte ich Teil eines guten Teams sein – das ist mir sehr wichtig – und dazu beitragen einen guten Teamspirit und gute Stimmung zu erzeugen. Das bedeutet für mich die Dinge nicht immer zu ernst zu nehmen und neben all dem Trubel in der Notaufnahme auch mal einen lockeren Spruch zu verteilen und einzustecken.

Haben sich meine Erwartungen erfüllt? Im Nachgang finde ich das schwierig zu beantworten. Ich kann sagen, dass vieles wohl sehr anders gekommen ist als erwartet. Manches besser, manches schlechter. Mir gefällt vor allem der medizinische Inhalt meiner Tätigkeit, nämlich sehr kranken Menschen in akuten Situationen helfen zu können und gute Arbeit zu leisten.

Wir sind ein wachsendes ärztliches Team in der Notaufnahme und der Teamgeist hier berührt mich immer wieder. Denn wir sehen uns oft organisatorischen Herausforderungen gegenüber und stehen die jedes Mal gemeinsam und kooperativ durch. Das ist ein unglaublich hohes Gut.



Medizin noch einmal studieren? Ich denke schon. Es ist einfach großartig sich in die Komplexität des menschlichen Körpers reinzudenken und hier auch wirksam zu werden. Gleichzeitig würde ich mich vor dem Hintergrund der zu erwartenden Veränderungen in der Medizin parallel mit digitalen Aspekten befassen und mich hier einarbeiten, um für die Zukunft gewappnet zu sein.“



Klaus Peter Schaps, Hausarzt

„Den Menschen nah sein, ist mein Ziel. Der enge Arzt-Patienten-Kontakt macht mir große Freude; Menschen im Alltag und bei Krankheit begleiten und heilen zu dürfen, ist eine sehr wertvolle und erfüllende Aufgabe.“

Für den Menschen da und am Menschen nah zu sein. Helfen können, Zeit haben für Gespräche und Therapieempfehlungen, durch Krankheitsphasen begleiten können und als Ansprechpartner da sein – dies ist mir ein großes Anliegen, erfüllt mich mit Freude, wenn es gelingt und bereitet mir immer noch Spaß an diesem Beruf.“

Meine oben genannten Wünsche und Ziele werden leider in überbordender Bürokratie und ständig neuen Anforderungen erstickt. Inzwischen verbringe ich so viel Zeit damit, mich um Personalfragen, IT-Problemen oder Anfragen zu kümmern, dass für den einzelnen Patienten weniger Zeit und Mühe bleibt.

Man wird es nicht glauben, aber für mich war es ein wirkliches Highlight, dass nun endlich die eAU und das eRezept in meiner Praxis reibungslos läuft. Nach zahlreichen Versuchen mit meinem PVS-Anbieter und meinem Hardwarebetreuer vor Ort hat es dann endlich funktioniert, mich aber auch eine Menge Geld und Nerven gekostet.

Und Ja – auf jeden Fall würde ich ein Medizinstudium auch weiter empfehlen. Die Medizin ist ein wunderbares Fach und der Arztberuf ist toll und sehr erfüllend. Ich würde jedem Studienanfänger diesen nur wärmstens ans Herz legen wollen. Ob ich allerdings noch einmal in die inhabergeführte Praxis gehen würde, stelle ich etwas in Frage.“



Michael Langholz, Augenarzt

„Medizin war mein Traum, den ich mir erfüllen konnte. Medizinisch interessiert war ich schon seit meiner Kindheit. Durch eine Berufsausbildung und meinen Grundwehrdienst im Sanitätsdienst der Bundeswehr wurde das weiter verstärkt. Das Medizinstudium mit seiner Vielfältigkeit selber hat mich dabei genauso fasziniert wie die Möglichkeit, anderen helfen zu dürfen.“

Meine Berufsziele unterlagen im Verlauf einem stetigen Wandel. Über die Jahre fand ich alle Bereiche der Medizin äußerst spannend. Letztendlich hat es mich dann in die Augenheilkunde gezogen, mit der ich schon seit meiner Berufsausbildung eng verbunden war. Dass ich mich dann eher der konservativen Medizin verschrieben habe, das hatte ganz pragmatische Überlegungen. Meine Ziele liegen heute beruflich neben meiner herausfordernden Tätigkeit in meiner eigenen Praxis auch darin, unseren Beruf auf meine Art zu fördern und zu verbessern. Eine wahre und manchmal ernüchternde Herausforderung.

Haben sich meine Erwartungen erfüllt? Definitiv Ja und Nein. Neben den überwiegend tollen und dankbaren Patienten nehmen die Nörgler aus verschiedensten Gründen deutlich zu. Die massive Überbürokratisierung und Unterfinanzierung gerade im konservativen System im ländlichen Umfeld rauben einem teilweise die Luft zum Atmen. Trotzdem spüre ich noch überwiegend eine Menschlichkeit in meinem Beruf, den andere Berufe schon vor Jahren verloren haben. Ich hoffe, das wird noch länger so bleiben.

Wenn ein Highlight als ein Höhepunkt, ein glanzvolles Ereignis definiert ist, dann aktuell nichts Neues. In den letzten Jahrzehnten wäre da aber die Behandlung der exsudativen Makuladegeneration zu nennen, die sehr vielen Menschen weltweit das Augenlicht erhalten kann. Das Studium der Medizin war für mich ein Traum, der in Erfüllung gegangen ist. Ich würde wieder Medizin studieren, wenn ich könnte. Auch das Medizinstudium hat sich in der Zwischenzeit stark gewandelt. Ich weiß nicht, ob unter dem heutigen Druck für mich ein Studium der Medizin überhaupt noch möglich wäre. Ich habe mein Studium mit Arbeit nebenbei den überwiegenden Teil komplett selbst finanziert. Dadurch sind auch einige Klausuren und Semester mehr notwendig gewesen. Ob das heute noch so drin wäre? Die Studienfinanzierung ist aus meiner Sicht neben dem NC eines der großen Herausforderungen in der heutigen Zeit.“

Prof. Dr. Volker Harth, Arbeitsmediziner

„Ich habe Medizin studiert, weil ich seit meiner Jugend ein starkes Interesse an der Gesundheit und dem Wohlbefinden von Menschen hatte. Die Vorstellung, anderen helfen und möglicherweise deren Lebensqualität verbessern zu können, hat mich dabei immer motiviert. Zudem faszinierte mich die komplexe Funktionsweise des menschlichen Körpers und die Herausforderung, medizinisches Wissen praktisch anzuwenden.“

Mein Ziel als Arbeitsmediziner und Präventivmediziner ist es, Menschen vor Erkrankungen zu schützen, deren Erkrankungen früh genug zu erkennen und leistungsgewandelte erkrankte Menschen in das Berufsleben zu integrieren. Dabei ist mir die präventiv-medizinische Forschung sehr wichtig, um moderne Präventionskonzepte zu erforschen. Als Hochschullehrer liegt mir die Lehre am Herzen, da ich die zukünftige Generation von Ärzten von den Konzepten der Präventionsmedizin überzeugen und ihnen dabei ein fundiertes Wissen vermitteln möchte.

Ja, viele meiner Erwartungen haben sich erfüllt. Menschliche Kontakte und Erfahrungen im Studium und im Beruf bereichern mich bis zum heutigen Tag. Besonders fasziniert mich dabei, Menschen aller sozialen Schichten helfen zu können und diese in der Arbeitswelt gesund zu halten.

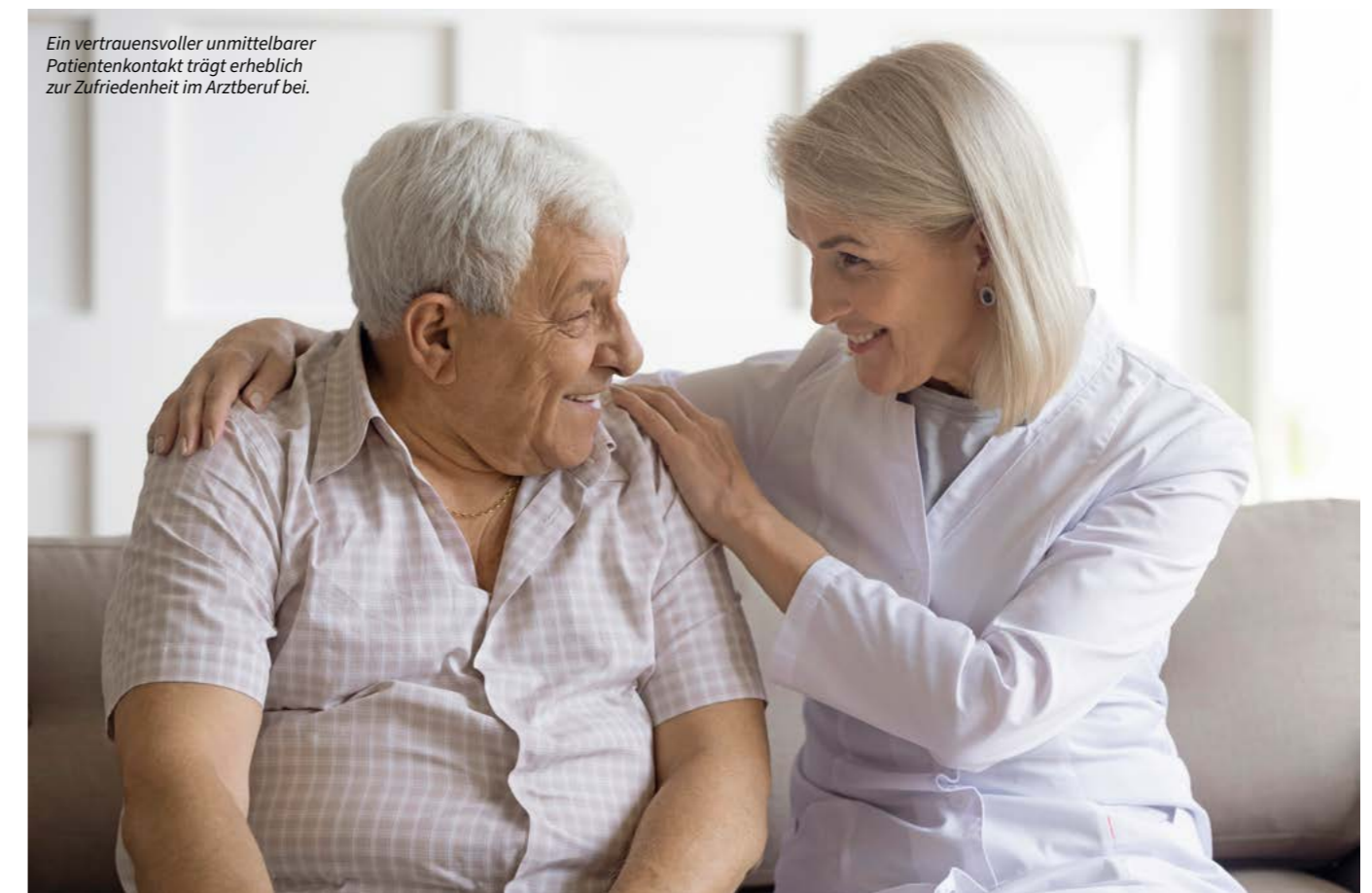
In diesem Jahr hat mich die Verabschiedung der Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung (LuKrFrühErkV), die am 01.07.2024 in Kraft getreten ist, sehr beeindruckt. Dabei geht das jährliche Niedrig-Dosis-CT der Lungen als wichtiges diagnostisches Mittel in die praktische Anwendung über. So können wir Lungentumoren bei Rauchern endlich in einem früheren Stadium detektieren, in dem eine erfolgreiche Behandlung noch möglich ist. Ich würde das Medizinstudium jederzeit wieder wählen. Es ist ein vielseitiges anspruchsvolles Studium, das einen Menschen umfangreiches und spannendes Wissen vermittelt, von den Naturwissenschaften bis hin zur Psychologie. Dies spiegelt sich auch im neuen Lernzielkatalog NKLM 2.0 wider. Dabei fördert und fordert es zugleich technische wie auch menschliche Kompetenzen. Die Verbindung von Wissenschaft und menschlicher Interaktion macht den Arztberuf dabei einzigartig.“



Der Arztberuf bleibt begehrt, aber...

Es hakt im Spannungsfeld zwischen Traumberuf und Untergangsszenario

Ärztinnen und Ärzte genießen größtes Vertrauen in der Bevölkerung und zählen zu den Topverdienern. Gleichzeitig sind häufig die Arbeitsbedingungen schwierig und belastend – zu viel Bürokratie, wirtschaftlicher Druck, staatliche Überregulierung. Ungeregelte Arbeitszeiten an den Kliniken sind vielerorts noch immer ein Hindernis für die erforderliche Work-Life-Balance. Und im niedergelassenen Bereich spitzt sich die Lage zu: Junge Ärzt:innen wollen immer seltener eine eigene Praxis gründen. Berufsverbände sehen die Gesundheitsversorgung gefährdet. Aber wo stehen Medizinstudierende und Ärzt:innen in diesem Spannungsfeld zwischen Traumberuf und Untergangsszenario? Und wie könnte der Spaß an der Arbeit wieder zum Alltag werden?



Ein vertrauensvoller unmittelbarer Patientenkontakt trägt erheblich zur Zufriedenheit im Arztberuf bei.

Es wird viel Hoffnung in sie gelegt – die Medizin. Sie soll Krankheiten heilen oder deren Entstehung verhindern. Sie soll als Motor für den Strukturwandel dienen – das ist in Brandenburg gerade zu verfolgen. Dort wurde im Juli dieses Jahres die erste staatliche Universitätsmedizin in Cottbus gegründet. Die ersten 200 Medizinstudierenden werden voraussichtlich im Wintersemester 2026/27 beginnen können. Mit der Unimedizin sollen nicht nur der Ärztemangel bekämpft und die regionale Gesundheitsversorgung gestärkt, sondern nach dem Kohleausstieg in der Lausitz auch Zukunftsperspektiven geboten werden.

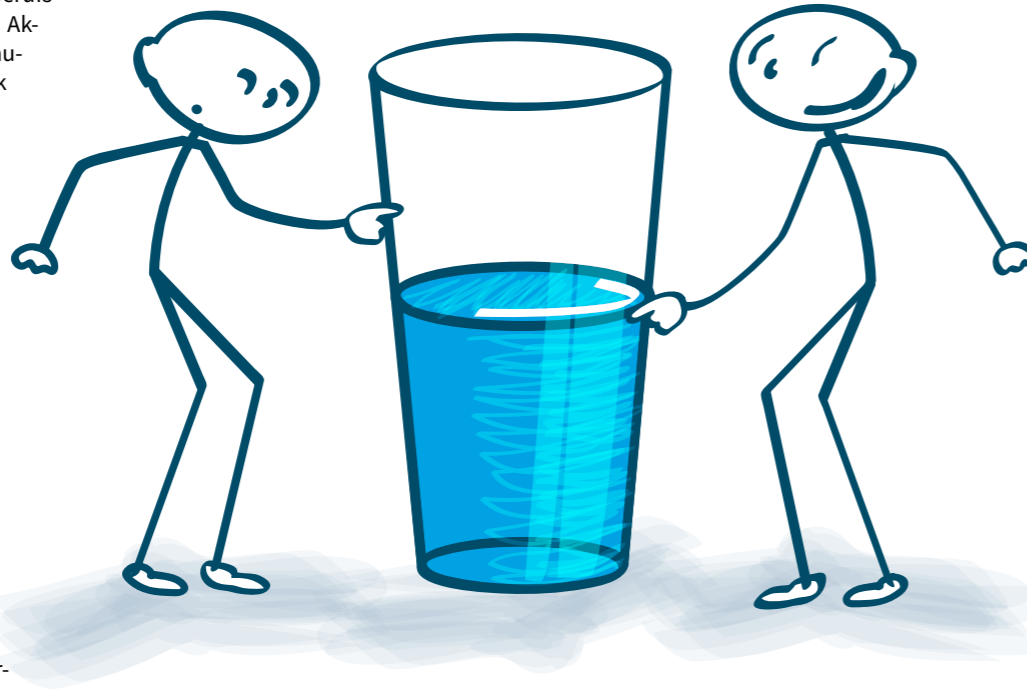
Die Zahl der Studienplätze in Deutschland steigt, wenn aufgrund der hohen Kosten auch nur leicht. In den vergangenen Jahren sind neben Cottbus auch in Oldenburg und Bielefeld neue Medizin-Fakultäten entstanden. Und Sorge, die neuen Plätze auch vergeben zu können, muss nicht bestehen. Das Medizinstudium ist mit mehr als 11.750 staatlichen Studienplätzen pro Jahr das begehrteste Studium in Deutschland. Insgesamt sind mehr als 100.000 Personen immatrikuliert und zusätzlich studieren mindestens 7.500 im Ausland, um Ärzt:innen zu werden. Alles gut also?

Offensichtlich bei weitem nicht. Berufsverbände und gesundheitspolitische Akteure sind gefühlt im Zustand der Daueralarmierung und fordern die Politik zum Handeln auf. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft warnte zuletzt vor existenzbedrohenden Auswirkungen der Krankenhausreform. Eine Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) wurde von den Vorständen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im September markant mit „Ambulante Versorgung kurz vor dem Kippunkt!“ angekündigt. Laut Umfrage planten nur 50 Prozent der mehr als 4.000 teilnehmenden Niedergelassenen, die eigene Praxis bis zum altersbedingten Übergang fortzuführen. 14 Prozent wollten die eigene Niederlassung aufgeben, um eine Anstellung in einer anderen Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) einzugehen. Überbordende Bürokratie, dysfunktionale Digitalisierung und ein immenser Kostenanstieg wurden als Ursachen aufgeführt. Die wohnortnahe Gesundheitsversorgung in Deutschland sei dadurch in akuter Gefahr. Nach Angaben des Zi (Stand Oktober 2023) gefährden ohnehin schon 5.760 freie Arztsitze die flächendeckende Versorgung stark, 4.860 Hausärzte fehlen.

Und nicht nur das, auch Medizinstudierende fordern bessere Rahmenbedingungen im Studium, um überhaupt auf eine Medizin der Zukunft vorbereitet zu werden. „Die aktuelle Approbationsordnung ist nicht mehr zeitgemäß“, sagt Kimberley Gärtner, Co-Vorsitzende des Medizinstudierendenausschusses im Hartmannbund. Seit Jahren wird um die Reform des Medizinstudiums gerungen. Zurück geht das auf den Masterplan 2020. Weil sich Bund und Länder nicht auf die Finanzierung einigen konnten, wird das nun erst einmal aufgeschoben. Sehr zum Verdruss der Studierenden. Denn es sollte eine Stärkung der Wissenschaftlichkeit im Studium, der ambulanten Medizin sowie der allgemeinmedizinischen und hausärztlichen Versorgung erreicht werden. „Die Veränderungen sind dringend erforderlich, um die Versorgungsqualität aufrechterhalten und im internationalen Vergleich mithalten zu können“, erklärt Peer Schreiber, ebenfalls Vorsitzendes des Studierendenausschusses. „Nur, wenn wir unsere Ausbildung den Anforderungen des Gesundheitssystems anpassen, werden wir auf die kommenden Herausforderungen für die Versorgung adäquat reagieren können. Darauf ist die aktuelle Approbationsordnung nur unzureichend ausgelegt“, sind sich Gärtner und Schreiber einig.

Trotz allem bleibt der Arztberuf begehrt

Trotz aller Widrigkeiten, der Arztberuf bleibt ein Wunsch für viele. Wieso entscheiden sich unverändert viele Studierende für das Fach Medizin und was reizt Ärztinnen und Ärzte an ihrer Profession? Diese Frage geht bei aller berechtigter Warnung vor einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung doch immer wieder unter. „Warum Medizin studieren? Beweggründe von Studierenden



für ein Medizinstudium“ hieß eine Studie, die 2015 vom Institut für Ausbildung und Studienangelegenheiten an der Universität Münster veröffentlicht wurde. Schon damals war bekannt, dass die neue Generation mehr Wert auf Freizeit und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf legte. Um Medizinstudium und die ärztliche Arbeit an diese neuen Gegebenheiten anzupassen, wollte man mehr darüber erfahren, welche Beweggründe die Studierenden hatten, sich für ein Medizinstudium einzuschreiben. Am häufigsten stimmten die Umfrageteilnehmenden bei folgenden Punkten zu: Vielfältige Arbeitsbereiche, eine abwechslungsreiche Tätigkeit, Patienten helfen, wissenschaftliches Interesse und gute Berufsaussichten. Auch das gesellschaftliche Ansehen und der gute Verdienst wurden angekreuzt. Außerdem konnte festgestellt werden, dass sich die Karriereziele von Männern und Frauen unterschieden. Während Männer sich beispielsweise mehr für einen guten Verdienst interessierten, bevorzugten Frauen die abwechslungsreiche Tätigkeit.

Eine Folgestudie wurde in Münster dazu nicht mehr erhoben. Prof. Dr. Bernhard Marschall, Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Universität Münster, interessiert sich weniger für die Motivation, warum Medizinstudierende sich für dieses Fach eingeschrieben haben. Immerhin gibt es deutlich mehr Bewerber:innen als Studienplätze vorhanden sind. Es muss also genug individuelle Gründe geben, sich für dieses langwierige und lernintensive Fach zu entscheiden. Zunehmend rücke für ihn der Generationswechsel unter den Studierenden in den Fokus und die damit verbundenen wachsenden Herausforderungen für die Studienorganisation. Er bezieht sich auf die Erkenntnisse der Shell Jugendstudie, die jährlich die Einstellungen, Werte und Sozialverhalten von Jugendlichen in Deutschland untersucht. Die aktuelle Shell Jugendstudie beschreibt, dass bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 25 Jahren in Deutschland die Sorgen und Ängste über Politik, Gesellschaft und

Umwelt zunehmen. Deutlich mehr junge Menschen wollen „nach Sicherheit streben“ heißt es in der Studie.

„Unsere Studierenden gehören zu den Y- und Z-Generationen. Und diese beiden unterscheiden sich maßgeblich von den vorhergehenden Generationen“, sagt der Marschall. Während alle Nachkriegsgenerationen in einer Zeit der steten Zunahme der globalen Sicherheit und des globalen Wohlstands aufgewachsen seien, seien die aktuellen Generationen zunehmend von Krisen umgeben. „Das führt zu einer Verunsicherung bei diesen jungen Menschen. Eine Reaktion auf diese Verunsicherung sehen wir bei uns an der Hochschule: Sie investieren viel in die Bildung, um auf diese Weise mehr Sicherheit zu erlangen.“ Um zu verdeutlichen, was das für die Studienorganisation bedeutet, führt er das Beispiel einer Physik Klausur an. Seit Jahren wurde diese im ersten Semester geschrieben. Die Nervosität der Studierenden vor dieser Klausur sei explodiert, die Angst vor dem Scheitern zu groß geworden. Es hängt für die Studierenden mehr an guten Noten als es bei vorherigen Generationen der Fall war. „Jetzt mussten wir diese Klausur vom Ende des ersten auf den Anfang des zweiten Semesters verlegen, damit nicht zwei Klausuren in einer Woche geschrieben werden müssen und genügend Vorbereitungszeit bleibt“, erzählt er.

Bernhard Marschall sieht in diesem Streben nach Sicherheit auch einen Grund dafür, warum ein so hoher Frauenanteil im Medizinstudium zu sehen ist. Denn in Münster haben Frauen nicht überproportional die besseren Abiturnoten, wie man vermuten könnte. „Dieses Phänomen ist ja tatsächlich vorrangig für junge Frauen beschrieben. Sie suchen sich einen Beruf, der Sicherheit bieten kann,

auch hohes Ansehen. Dieses hohe Sicherheitsbedürfnis schlägt sich aber natürlich auch beispielsweise auf das Management einer Praxis nieder: Das wollen die Studierenden nicht mehr, sie wollen angestellt sein.“

Das zeigt auch die aktuelle Erhebung „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2022“. Die Befragung wurde bereits zum vierten Mal von der Universität Trier mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der bvmd und dem Medizinischen Fakultätentag realisiert. Flexible Arbeitszeiten, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Zusammenarbeit im Team sowie ein breites Tätigkeitsspektrum spielen für Medizinstudierende für ihre berufliche Zukunft eine wichtige Rolle. Zwar wird die Allgemeinmedizin beliebter, doch die Niederlassung bleibe nach wie vor ein Hemmnis. Finanzielle Risiken schrecken die Studierenden ab. Und im Statement zur Umfrage wird die bemängelt fehlende adäquate Vorbereitung der Studierenden auf die Niederlassung bemängelt. Ein Fazit der Umfrage lautet: Studierende mit stärkerer Orientierung nach Familie und Freizeit sind weniger an einer angestellten Tätigkeit im KH interessiert. Generell ist eine angestellte Tätigkeit – im ambulanten oder stationären Sektor – ungebrochen eine attraktive Option.

Die Ärztestatistik zum 31.12.2023 verdeutlicht diesen Trend. Die Zahl der selbständig niedergelassenen Ärzt:innen geht unverändert weiter zurück. Seit 2018 hat sich diese um nahezu acht Prozent verringert. Gleichzeitig streben immer mehr Ärzt:innen eine Anstellung an. Seit dem Jahr 2018 wurde ein Anstieg um 51 Prozent verzeichnet. Mittlerweile sind etwa ein Drittel aller Ärzt:innen in der ambulanten Versorgung als Angestellte in Praxen oder MVZ tätig.

Anzeige

Der **COUNTDOWN** läuft

2

0

2

5

➔

Starten Sie mit uns erfolgreich die
HYBRID-DRG-ABRECHNUNG

**STARTKLAR?
WIR SIND BEREIT!**

Ambulante Eingriffe über Hybrid-DRG einfach und sicher abrechnen.

DIREKT PERSÖNLICHES ANGEBOT ANFORDERN:
ihre-pvs.de/hybrid-drg

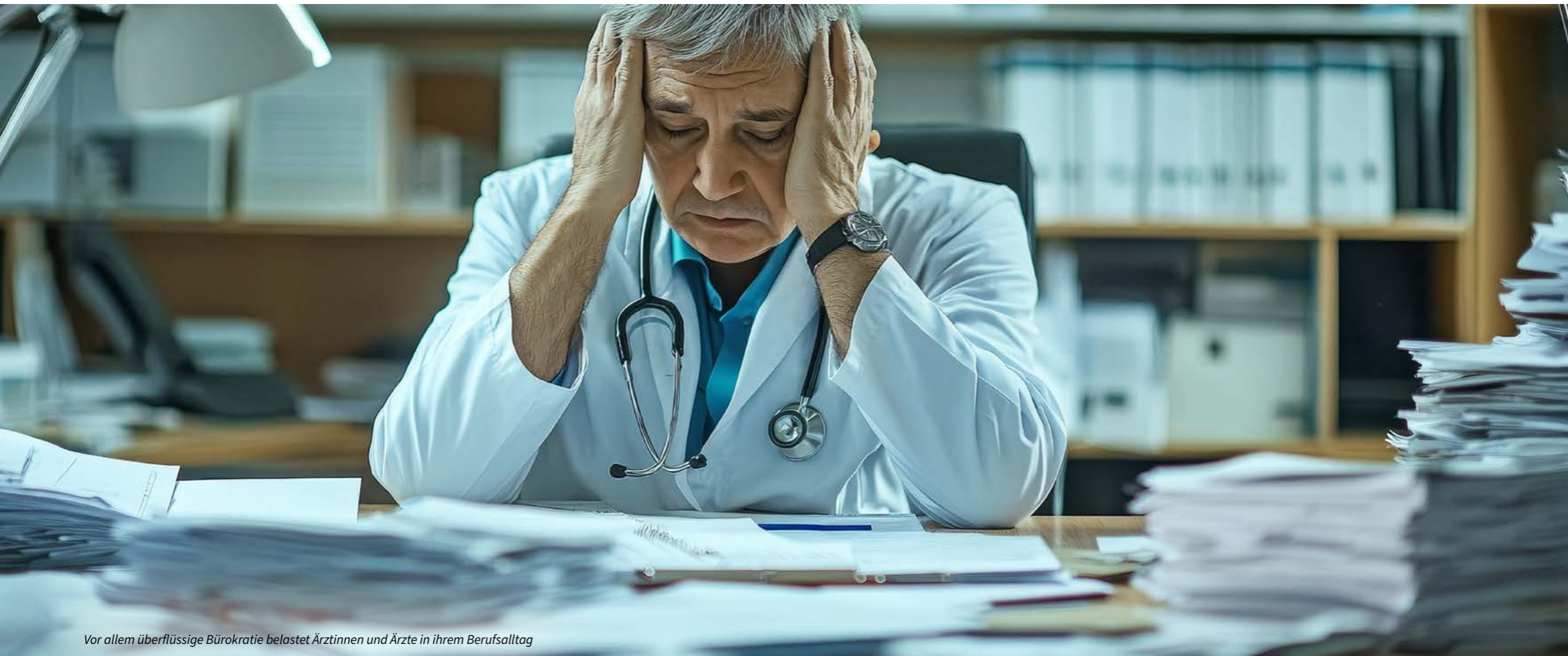




PVS holding

ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN

bayern
berlin-brandenburg-hamburg
rhein-ruhr
pria



Vor allem überflüssige Bürokratie belastet Ärztinnen und Ärzte in ihrem Berufsalltag

Wie kann man Niedergelassene gewinnen und was sind eigentlich die Probleme im ambulanten Sektor? Dem wollte Prof. Dr. Cordula Kreuzenbeck, Professorin für Gesundheitsökonomie an der IU Internationale Hochschule in Essen, in einer Umfrage nachgehen. Im vierten Quartal 2022 wurde eine Onlinebefragung durchgeführt, an der 121 niedergelassene Ärzt:innen teilnahmen. Diese wurden gefragt, welche Erwartungen sie bei Eröffnung ihrer Praxis hatten und inwiefern diese sich tatsächlich erfüllten. Außerdem wurde untersucht, was die Arbeitszufriedenheit in einer Praxis fördert beziehungsweise hemmt und somit die Attraktivität für die Niederlassung negativ beeinflussen könnte. Im April 2024 wurde die Studie „Attraktivität der Niederlassung – Ergebnisse einer Mixed-Methods-Umfrage zu Erwartungen und Aspekten der aktuellen Digitalisierungspolitik“ im Monitor Versorgungsforschung veröffentlicht.

Arbeitszufriedenheit grundsätzlich hoch

Grundsätzlich ist die Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzt:innen hoch. Auf einer Skala von 1 bis 10 liegt der ermittelte Durchschnittswert bei 7,13. „Man kann also sagen, auch wenn es mathematisch etwas ungenau ist, dass 71 Prozent zufrieden sind. Das ist nicht der Wert, den sich ein Unternehmen als Ziel für die Arbeitszufriedenheit seiner Mitarbeiter setzen würde. Aber es ist auch nicht das Weltuntergangsszenario, das man vielleicht erwartet hätte“, fasst Kreuzenbeck ein Studienergebnis zusammen. „Ich hatte befürchtet, dass die Arbeitszufriedenheit schlechter ausfällt. Und

ich war geschockt, dass so etwas nicht regelmäßig erhoben wird. Denn so sind wir nicht in der Lage, rechtzeitig festzustellen, wann die Niederlassung weniger attraktiv wird. Wir hören zwar einzelne Stimmen und Beschwerden – aber wie schlimm ist es eigentlich wirklich?“

Die wesentlichen Punkte, die Menschen dazu motivierten, Ärzt:in zu werden, lägen laut Kreuzenbeck nicht im System, sondern seien intrinsischer Natur. Der Wunsch nach einer sinnstiftenden ärztlichen Tätigkeit und damit verbundenen sozialen Kontakten sind wichtige Aspekte. In Kreuzenbecks Studie werden diese als Haupttreiber der Arbeitszufriedenheit in der Primärversorgung genannt. 37,3 Prozent der Befragten schätzen den guten Patient:innenkontakt und wollten diesen beibehalten. Anders als im Krankenhaus kann man über einen längeren Zeitraum eine Beziehung zu Patient:innen aufbauen und erfährt in der Praxis beispielsweise direkt deren Dankbarkeit. „In einem recht altruistisch geprägtem Berufsfeld ist das ein wichtiger Aspekt“, betont Cordula Kreuzenbeck. 29,7 Prozent schätzen die mit dem Beruf einhergehende Selbstbestimmtheit. Das sei für viele auch ein Grund, auf eine Anstellung in einem MVZ zu verzichten. Je 19,5 Prozent der Studienteilnehmenden hoben die freie Arbeitszeitgestaltung sowie die ausgeübte ärztliche Tätigkeit positiv hervor.

Geht es aber um den Berufsalltag in der Praxis, treffen Wunsch und Wirklichkeit nicht immer aufeinander. Vor der Praxisgründung erwarteten viele Studienteilnehmende ein zufriedenstellendes Einkommen und autonomere Arbeitszeiten – das wurden in der Um-

frage auch als überwiegend erfüllt angesehen. Doch den Umfang der Bürokratie und der administrativen Aufgaben schätzten viele befragte Ärzt:innen im Vorfeld geringer ein als er dann tatsächlich war. 52,5 Prozent der Befragten wollten den bürokratischen und administrativen Aufwand in ihrem Berufsalltag gern reduzieren. Knapp jeder: Vierte wünschte sich bedürfnisgerechtere Vorgaben und Gesetze. „Ärzte gehen von der Erwartungshaltung her positiver in die Niederlassung als sie diese am Ende dann empfinden. Sie überschätzen die Freiheiten in der Niederlassung ein wenig, weil sie aus der hierarchischen Struktur des Krankenhauses kommen. Und dann müssen sie feststellen, dass es nun eben nur andere Bereiche sind, die etwas von ihnen einfordern“, ordnet Kreuzenbeck die Situation ein. Bürokratie und viele Vorgaben – das steht im Kontrast zu einem der am häufigsten genannten Gründe für eine eigene Praxis: mehr Autonomie und die Möglichkeit, „sein eigener Chef“ zu sein.

Im Gegensatz zu Krankenhäusern oder MVZ-Ketten stehen in der eigenen Praxis weder IT-, Personal- oder Finanzabteilung, Qualitätsmanagement noch Hygienebeauftragte zur Verfügung und die Aufgaben müssen von Niedergelassenen in Personalunion übernommen oder die Leistungen teuer eingekauft werden. An diesem Punkt anzusetzen, ist für die Gesundheitsökonomin wichtig, um die Arbeitszufriedenheit zu steigern und somit die Niederlassung attraktiver zu machen. „Man müsste im Studium mehr über Praxisführung und Digitalisierung lernen. Ich glaube fest daran, dass diejenigen, die jetzt schnell sind und ihre Praxis digitalisieren – nicht nur mit

den verpflichtenden digitalen Tools, sondern mit solchen, die dem Arzt auch Arbeit abnehmen – einen Wettbewerbsvorteil haben. Und sie werden dann wieder Spaß an der Arbeit haben.“ Die Frage sei nur, wie schnell so etwas in der Niederlassung ankommt, da solche Produkte selbst finanziert werden müssten.

Digitalisierung und Ärztenetze als Lösung?

Neben der Digitalisierung sieht die Gesundheitsökonomin einen Lösungsansatz in der Etablierung von Ärztenetzen – selbst wenn mehr Kooperation mit anderen Praxisinhaber:innen durchaus mit den eigenen Vorstellungen nach mehr Selbstbestimmtheit kollidieren könnte. Noch sind die mehr als 140 Ärztenetze in Deutschland sehr unterschiedlich aufgestellt und legen ihren Fokus nicht primär auf wirtschaftliche Aspekte. Dabei hilft beispielsweise die Gründung von Einkaufsgemeinschaften, um gegenüber Herstellern eine bessere Verhandlungsposition einzunehmen und günstiger zu bestellen. Auch die Einführung einer gemeinsamen Software würde dazu beitragen, IT-Prozesse und -Service zu erleichtern. Ebenso wären Hygienebeauftragte, die mehrere Praxen betreuen, denkbar. „Das sind alles Synergieeffekte, die Klinik- und MVZ-Ketten nutzen, Praxen aber nicht. Das sind Wirtschaftlichkeitsreserven, die wir dringend heben müssen“, sagt Cordula Kreuzenbeck, „Wir brauchen eine bessere Service-Plattform für Ärzte, damit sie wieder mehr von dem machen können, was sie an ihrer Arbeit reizt: mehr Patientenkontakte, mehr Zeit für ärztliche Tätigkeit und weniger patientenferne Aufgaben.“

Anzeige



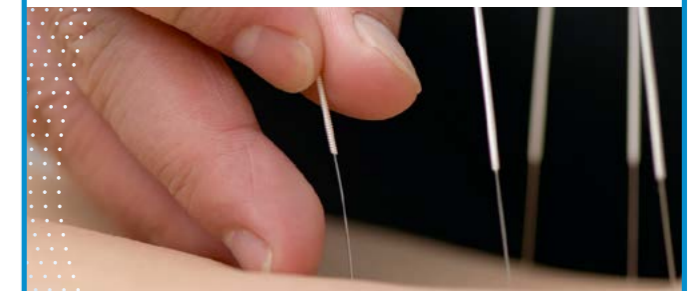
Deutsche Akademie für Akupunktur | **DAA e.V.**
Führend in der Akupunktur.

Akupunktur Kursreihe / 2025

Der praxisnahe Einstieg in die Traditionelle Chinesische Akupunktur und Ohrakupunktur. Wissenschaftlich evidenzbasierte Akupunktur. Mit live-Patienten-Demonstrationen.

Termine

Online 01./02. März · Berlin 08./09. März
Köln 15./16. März · München 05./06. April
Online 26./27. April



Infos und Anmeldung über www.akupunktur.de
Telefon: 089-814 52 52 · kontakt@akupunktur.de
DAA e.V. · Lerchenfeldstraße 20 · 80538 München

Historisch gesehen standen Helfen und Heilen stets an erster Stelle

Aus einer Vogelperspektive betrachtet kann man sagen, dass der Arztberuf immer ein angesehener Beruf war

Was ist es, was den Arztberuf so faszinierend macht? Auch, wenn sich die Zeiten ändern – die grundlegenden Motive, sich für die Medizin zu begeistern, blieben mehr oder weniger die gleichen. Welche das sind, erzählt die Medizinhistorikerin Prof. Dr. Bettina Hitzer im Gespräch mit dem Hartmannbund Magazin.

Das Medizinstudium ist sehr beliebt und in der Bevölkerung genießen Ärzt:innen großes Vertrauen. Medizin spielt in unserer Gesellschaft eine wichtige Rolle. War das medizinhistorisch schon immer so?

Prof. Dr. Bettina Hitzer: Es gab immer wieder Skandale und Krisen in der Medizin, insofern ist auch ein Auf und Ab zu erkennen. Aber aus einer Vogelschauerspektive auf das europäische Mittelalter und die Neuzeit kann man schon festhalten, dass der Arztberuf durchgehend ein angesehener Beruf war. Bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts war es zudem ein fast ausschließlich männlicher Beruf, der sich zurückgehend auf Hippokrates überwiegend in engen Lehrer-Schüler-Verhältnissen in akademischen Schulen abspielte. Allerdings kann man auch beobachten, dass der Beruf des akademisch gebildeten Arztes immer wieder auch Gegenstand von Auseinandersetzungen war, in denen es um seine Grenzen und die Ausweitung seiner Grenzen ging.

„Es hilft vielleicht auch ein Blick in die Geschichte, um die Situation, in der wir uns befinden, ein Stück weit zu relativieren und uns bewusst zu werden, wie gut die medizinische Versorgung heute nach wie vor ist.“

Inwiefern?

Zum Beispiel gab es im Mittelalter neben dem Arzt den Wundarzt, der für alles zuständig war, was mit Operationen zu tun hatte. Wundärzte waren auf den Schlachtfeldern tätig oder haben Gallensteine entfernt. Wundärzte waren aber deutlich weniger angesehen als akademisch gebildete Ärzte. Beide Berufsbilder gehören aber zur Berufstradition heutiger Ärzt:innen.

Die Begeisterung für Medizin beziehungsweise die Anerkennung für Mediziner:innen – unterscheiden die sich in verschiedenen Epochen?

Anderen Menschen zu helfen, sich Wissen anzueignen, gesellschaftliches Ansehen – all diese Gründe spielen sicherlich auch historisch eine Rolle. Der hippokratische Eid, der eigentlich nicht von Hippokrates selbst, sondern aus seiner Schule stammt, macht es deutlich: Darin steht das Helfen und Heilen an erster Stelle. Das ist ganz sicher auch in der Gesellschaft auf Anerkennung gestoßen und hat zur Wertschätzung und Attraktivität des Berufs beigetragen. Aber Teil des ursprünglichen hippokratischen Eides war auch die Bestimmung, dass Wissen nur in einer exklusiven Gruppe weitergegeben werden durfte. Von Lehrer zu Schüler. Es war insofern auch eine Art Geheimwissen, Expertenwissen über den Körper. Das ist natürlich heute in dieser Form nicht mehr so. Viel ist über das Internet zu erfahren, das Gesamtverständnis bleibt aber dennoch in der Regel nur den Expert:innen zugänglich.

Aber was macht die Faszination für Medizin aus?

Es ist zuallererst die Faszination, etwas über die Funktionsweise des Körpers herauszufinden. Es gab schon im Mittelalter Leichensektionen. Diese dienten allerdings in erster Linie dazu, das in den Schriften eines Avicenna oder Galen aufbewahrte Wissen zu illustrieren. Erst in der Frühen Neuzeit wurden Sektionen durchgeführt, um neues Wissen über die Anatomie des Körpers zu erlangen. Sektionen fanden in Kirchen, in großen Sälen statt und nicht nur Ärzte und Medizinstudenten waren anwesend und schauten zu, sondern auch eine religiöse, eine adlige und beginnende bürgerliche Gesellschaft. Alle wollten etwas über die Anatomie des Menschen erfahren. Über das Wunderwerk des menschlichen Körpers, oder ganzheitlich gedacht, den Menschen. Wie dieses Wunderwerk funktioniert, ist trotz aller rasanten Fortschritte ja bis heute nicht vollständig entschlüsselt. Deshalb geht die Forschung immer weiter. Das, diese Faszination, ist

auch heute noch Teil des Arztberufes – sowohl für diejenigen, die ihn ausüben, als auch für Patient:innen und diejenigen, die in den Medien darüber lesen.

Hat sich die Rolle des Arztes im Laufe der Zeit verändert?

Das Image von Ärzten war schon immer groß: Das Medizinstudium war lange Zeit nur bestimmten Gruppen zugänglich – Männern und auch nur Bevölkerungsgruppen, die sich die akademische Ausbildung leisten konnten. Und es wurden sehr scharfe Auseinandersetzungen mit anderen Heilberufen geführt, um die Profession des Arztes stärker von alternativen Heilmethoden abzugrenzen. Andere Bereiche wiederum wurden später eingegliedert, wie die operativen Techniken des Wundarztes oder die Geburtsmedizin. Das Bild vom Arzt als Autoritätsperson entsteht mit der Krankenhausmedizin des 19. Jahrhunderts, als Ärzte begannen, Stationen oder Kliniken zu leiten. Und die atemberaubenden Fortschritte in der Medizin des 19. und frühen 20. Jahrhunderts haben viel zum Renommee von Ärzt:innen und der Faszination für die Medizin im Allgemeinen beigetragen.

In gesellschaftlichen Debatten wiegt die Einschätzung von Ärzt:innen viel, sei es bei Themen wie assistierter Suizid, Schwangerschaftsabbrüchen, Gentechnik oder Cannabiskonsum. War das schon immer so?

Im Laufe der Geschichte erschlossen sich Ärzte immer mehr Themen. Im Mittelalter war das Thema Tod zum Beispiel ein religiöses, für das Priester und Theologen zuständig waren. Das begann sich im Spätmittelalter zu ändern und dieser Prozess setzt sich eigentlich bis heute fort. Der Arzt wird immer mehr auch zu einem Spezialisten für Sterben und Tod beziehungsweise für die Verhinderung von Sterben und Tod und damit auch für die Begleitung von Sterbenden. Hier kann man sehen, dass die Deutungshoheit über ein Feld, das für unsere Existenz sehr wichtig ist, doch sehr stark aus der religiösen Sphäre in die der Medizin gewechselt ist. Natürlich gibt es nach wie vor die religiöse Sphäre, aber sie hat bei weitem nicht mehr die Bedeutung, die sie im 19. Jahrhundert oder davor hatte. Auch, wenn es um den Körper und gesellschaftliche Belange geht, kann man feststellen, dass die Medizin oder medizinische Wissenschaften wie die Neurowissenschaft in den letzten Jahrzehnten sehr viel Definitionsmacht und Orientierungswissen aus der Philosophie und Soziologie übernommen haben. So etwa für Fragen wie: Wie funktionieren Emotionen und wie kann die Gesellschaft damit umgehen? Gesellschaftliche Annahmen sind mittlerweile sehr stark geprägt von neurowissenschaftlich-medizinischem Wissen darüber.

Wir befinden uns gerade in einer Phase, in der viele Krisen aufeinander treffen wie beispielsweise Klimawandel, demografischer Wandel, drohender Ärztemangel. Medien titeln immer wieder, dass die Medizin in einer Krise steckt. Wie ist Ihre Einordnung?

Es ist wie so oft in der Geschichte tatsächlich immer die Frage des Vergleichspunktes. Von einer Katastrophe wie beispielsweise der Pest, die zu einer Entvölkerung weiter Teile Europas geführt und ganze Landstriche verwüstet hat, während Ärzte mehr oder weniger hilflos zusehen mussten – davon sind wir zum Glück weit entfernt. Wenn wir auf Zahlen zum Arzt-Patienten-Verhältnis schauen, gibt es viel mehr Ärzte für weniger Patient:innen als im Mittelalter oder in der Frühen Neuzeit. Wir haben also einen viel höheren Standard der medizinischen Versorgung, trotz Ärztenot und Mangel an Pflegefachkräften. Der Blick in die Geschichte mag hier helfen, die Situation, in der wir uns befinden, ein Stück weit zu relativieren und uns bewusst zu werden, wie gut die medizinische Versorgung heute nach wie vor ist und an welche Standards wir uns gewöhnt haben. Das soll nicht die Dringlichkeit des Handelns und Entscheidens in der heutigen Situation relativieren, kann aber Pessimismus und apokalyptischem Denken so weit entgegenwirken, dass abwägende Diskussionen möglich werden und wir ohne unproduktive Aufregung überdenken können, wo Ressourcen möglicherweise umgelenkt werden können.

Aber sind die Arbeitsbedingungen für Ärzt:innen heute besonders herausfordernd?

Bis weit ins 20. Jahrhundert hinein, eigentlich bis in die 1970er-Jahre, galt der Arzt als Vaterfigur. Es gab ein paternalistisches Selbstverständnis des Arztes, nach dem er allein die Entscheidungen für seine Patient:innen traf. Heute wird Shared Decision Making angestrebt,

also eine Kommunikation von Ärzt:innen und Patient:innen auf Augenhöhe. Das macht die Kommunikation und die Verantwortung, die Ärzt:innen tragen, deutlich anspruchsvoller. Es geht darum, eine Sprache zu finden, in der man den Patient:innen erklärt, woran sie leiden und welche Therapieoptionen zur Verfügung stehen, welche möglichen Nebenwirkungen und Komplikationen sich daraus ergeben können. Es ist sehr komplex, das in eine Sprache zu übersetzen, die jeder Patient und jede Patientin verstehen kann. Dieser Anspruch steht in einem großen Spannungsverhältnis zum heutigen ärztlichen Alltag, der geprägt ist von hohen Dokumentationsanforderungen, ständiger Zeitnot, dem sich wandelnden Gesundheitssystem. Das ist ein Spannungsfeld, mit dem jede Ärztin, jeder Arzt umgehen muss und das enorm belastend ist. Seit einigen Jahren wird der Begriff „moralischer Stress“ verwandt. Dieser weist darauf hin, dass Stress nicht nur dadurch entsteht, dass wir zum Beispiel wenig Zeit haben. Moralischer Stress tritt auf, wenn wir unseren eigenen moralischen Anforderungen nicht entsprechen können. Dadurch entsteht eine Belastung, die zu Burnout und anderen Krankheiten führen kann. Das betrifft Ärzt:innen wie Pflegefachkräfte – und tritt im Medizinbereich häufiger als in anderen Berufsfeldern auf. Ein Indikator dafür ist, dass die Suizidraten unter Ärzt:innen höher sind als in anderen Bevölkerungsgruppen.

Dass die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems mitunter schwierig sind und Ärzt:innen dadurch oft an persönliche und berufliche Grenzen kommen, wird medial häufig aufgegriffen. Dennoch gilt Ärzt:in immer noch als Traumberuf...

Wenn man auf die Studierendenzahlen und die Umfragen zum gesellschaftlichen Ansehen von Ärzt:innen schaut, ist der Arztberuf für viele nach wie vor sehr attraktiv. Allerdings werden die Herausforderungen und Belastungen dieses Berufs erst in vollem Ausmaß in der Praxis erkannt und nicht, wenn man die Entscheidung für das Medizinstudium trifft. Die gesellschaftliche Wertschätzung ebenso wie die Faszination für das Fach stehen also nach wie vor noch auf der Habenseite.



Foto: MIPB (für Max-Planck-Institut für Bildungsforschung)

Zur Person

Prof. Dr. Bettina Hitzer ist Lehrstuhlinhaberin für Geschichte der Medizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, leitet dort den Bereich „Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin“ sowie das Klinische Ethikkomitee. Ihre Forschungs- und Lehrschwerpunkte umfassen unter anderem Medizingeschichte und Medizinethik, Wissens- und Wissenschaftsgeschichte, Geschichte von Krankheit und Gesundheit(spolitik). 2020 wurde Bettina Hitzer in das Heisenberg-Programm der Deutschen Forschungsgemeinschaft aufgenommen. Für ihre gekürzte Habilitationsschrift, die als „Krebs fühlen. Eine Emotionsgeschichte des 20. Jahrhunderts“ veröffentlicht wurde, erhielt sie 2020 den Preis der Leipziger Buchmesse in der Kategorie Sachbuch/ Essayistik.

Arzt werden und Arzt sein

Beides (kann trotz manchem Ärger) noch richtig Spaß machen!

Krankenhausreform, begrenzte Ressourcen, Ärzt:innenmangel in ländlichen Regionen, zu viel Bürokratie und zu wenig Zeit für Patient:innen – aktuelle Beschreibungen des Gesundheitssystems geben kaum Grund zur Freude. Trotzdem ist der Wunsch noch immer groß, Ärzt:in zu werden und viele Mediziner:innen können sich keinen besseren Beruf vorstellen. Wir haben uns mit Personen unterhalten, die ganz am Anfang ihrer Karriere stehen und bereits langjährige Berufserfahrung gesammelt haben, um der Frage nachzugehen: Was macht den Arztberuf so attraktiv?

Studienstart mit großen Ambitionen

„Spätestens in der Oberstufe wusste ich, dass Medizin mein Ziel ist“, sagt Markus-Benedikt Mahlendorf. „Immer, wenn ich zum Arzt musste, fand ich es total spannend.“ 19 Jahre jung ist er, kommt aus der Nähe von Regensburg und studiert gerade im dritten Semester Medizin in Freiburg. Er liebt es, mit Leuten zu kommunizieren. Und wie er sich im Gespräch verhält, viel lächelt und offen spricht, nimmt man ihm diesen Satz gern ab. Was ihn an der Medizin reizt? Es ist unter anderem der soziale Aspekt, den er mit dem Arztberuf verbindet: „Ich glaube, es ist sehr erfüllend. Wenn man merkt, dass man kranken Menschen helfen kann gesund zu werden oder zumindest ihre Krankheit so erträglich wie möglich zu machen.“ Seine Großmutter ist selbst schwer erkrankt und muss deshalb öfter im Krankenhaus behandelt werden. „Da höre ich dann: ‚Ach, da waren wieder so nette Ärzte. Und du bist bald auch einer von ihnen.‘ Das treibt mich an“, erzählt Mahlendorf. Auf Patient:innen und ihre Bedürfnisse einzugehen, ihnen zuzuhören und mit ihnen zu sprechen, das möchte er zu seinem Alltag machen. „Ich finde, das ist das Besondere am Arztsein: Dass man mit solchen Dingen einen Unterschied bewirken kann.“

Ihn zieht es in die Onkologie. Zumindest interessierte ihn dieses Feld bereits vor dem Studium und er kann sich zum jetzigen Zeitpunkt gut vorstellen, dort entweder als behandelnder Arzt oder aber in der Forschung tätig zu sein. „Man kann hier nicht jeden heilen. Aber man kann vielen Menschen in einer schwierigen Situation helfen und versuchen, ihr Leben so gut wie möglich zu gestalten“, beschreibt Mahlendorf seine Beweggründe. Gleichzeitig ist ihm bewusst, dass er noch am Anfang seines Studiums steht und ihm der Überblick fehlt, was die Medizin noch alles zu bieten hat. Global Health und Public Health – das sind ebenfalls Bereiche, die ihn reizen. Vielleicht ja auch zu einem Auslandsaufenthalt, um noch einen Master in einem der Fächer abzulegen.

Praxis oder Krankenhaus? In dieser Hinsicht ist Markus-Benedikt Mahlendorf noch



Markus-Benedikt Mahlendorf



Ulrich Schwiersch

unentschieden. Nach der Facharztweiterbildung betrachtet er eine Zeit im Krankenhaus am Anfang seiner ärztlichen Laufbahn als sehr gewinnbringend – er stellt sich diese Erfahrung als sehr lehrreich vor und möchte die Möglichkeit nutzen, dort auch etwas bewirken zu können. Auf lange Sicht bietet eine Praxis jedoch die Möglichkeit, um im Beruf einen anderen Fokus zu setzen und mehr die individuelle Betreuung der Patienten in den Vordergrund zu stellen, wie er glaubt. „Das könnte ich mir zumindest vorstellen, ohne bis jetzt die nötigen Erfahrungen gesammelt zu haben.“

Das liegt alles noch viele Jahre in der Zukunft“, sagt er mit einem Lachen. Für ihn ist das alles deshalb bis jetzt nur eine kleine Gedankenspielerlei. Denn familiär ist er nicht medizinisch vorgeprägt, einen konkreten Bezug zur Medizin, Einblicke in den ärztlichen Alltag hatte er bis jetzt noch nicht. „Ich werde Arzt erster Generation sein.“ Für ihn ist es eine Berufung.

In der Vergangenheit wurde ihm immer wieder die Frage gestellt, warum er sich für Medizin und nicht für die Musik entschieden habe. Markus-Benedikt Mahlendorf war bei den Regensburger Domschatzen. Für seine Leistungen wurde er mit dem Karl-Uwe von Hessel-Preis für Engagement und Musik sowie mit dem Abiturpreis des Vereins für Sozialpolitik im Fach Wirtschaft ausgezeichnet. Es hätten sich also viele mögliche

Karrierewege ergeben können. Doch von Anfang an spielten auch die Naturwissenschaften eine große Rolle für ihn. Als in der Corona-Pandemie mehr Selbstständigkeit beim schulischen Lernen gefragt war, konnte er seinen Fokus gezielt auf die Fächer legen, die ihn besonders interessierten. In der zehnten Klasse wurde er darauf aufmerksam, dass die Universität Regensburg ein Frühstudium anbot. „Ich hatte Gelegenheit, Biologie-Vorlesungen zu besuchen. Medizin wird im Frühstudium nicht angeboten, deshalb ging das leider nicht“, so Mahlendorf. Aber spätestens zu diesem Zeitpunkt war klar: „Ich möchte ein sehr gutes Abi machen, damit ich Medizin studieren kann.“ Er investiert viel Arbeit, um diesen Vorsatz umzusetzen. Und wird mit einem Notendurchschnitt von 1,0

Jahgangsbester. Allein auf ein gutes Abi wollte er sich aber nicht verlassen: Zwei Tage vor seiner mündlichen Abiturprüfung legt er den Mediziner-test ab. Am Ende läuft alles so, wie er es sich gewünscht hat – er bekommt den Studienplatz in Freiburg.

Direkt nach dem Abitur fängt er ein Pflegepraktikum an. Zunächst in einem kleinen Krankenhaus in seiner Heimat, später folgt noch eines in einem Universitätskrankenhaus. „Ich habe einfach gemerkt: Auf dem Land herrscht wirklich Pflegenotstand“, erzählt Mahlendorf. Es gab gesperrte Bereiche, er wurde voll als Pflegehilfe eingeplant. „Man hat einfach jede Person gebraucht.“ Die Erfahrung prägt ihn, weil ihm bewusst wird, welche Verantwortung jede:r einzelne trägt. Eine Situation bewegt ihn noch heute, wenn er daran denkt: Ein Patient befand sich schon seit längerer Zeit auf Station, trotzdem war noch immer nicht klar, woran er litt und welche Behandlung ihm tatsächlich helfen würde. Als Mahlendorf einmal die Ärzt:innen auf Visite begleiten durfte, wurde der Finanzierungsdruck, dem sie alle unterworfen waren, für ihn greifbar: Es musste eine Diagnose gestellt werden, um diesen Patienten überhaupt weiter im Krankenhaus behandeln zu dürfen. „Das war eine Situation, in der ich schon stutzig wurde und dachte: Wie kann das sein? Ärzte sollen doch eigentlich dafür da sein – oder so ist zumindest die Idealvorstellung –, dass sie sich für das Wohl der Patienten einsetzen können. Und ich glaube, das möchte auch jeder Arzt. Aber dann ist man diesem Finanzierungsdruck unterworfen. Das hat mein Weltbild noch einmal grundlegend verändert.“

Natürlich gehe man mit idealisierten Vorstellungen ins Medizinstudium und freue sich, ein Fach zu studieren, das einen brennend interessiere. „Und dann trifft man immer mehr Leute, die einem von ihren Erfahrungen erzählen, man sieht und hört selber Dinge und wundert sich“, sagt Markus-Benedikt Mahlendorf. Vor dem Studienstart hatte er in Medienberichten zwar mitbekommen, dass es Engpässe und Proteste für ein besseres Gesundheitswesen gab. „Aber ich glaube, man guckt noch einmal anders darauf, wenn man dann tatsächlich Medizin studiert.“ Für ihn ist das eine Motivation, mitzuhelfen, das Gesundheitssystem ein bisschen zum Besseren zu wandeln. „Ich packe lieber mit an und versuche, mich dafür einzusetzen, etwas zu verändern. Es ist ja nicht nur die Medizin – generell braucht unsere Gesellschaft Menschen, die sich engagieren und Haltung zeigen.“

Im Oktober wurde Markus-Benedikt Mahlendorf in den Vorstand des Ausschusses Medizinstudierende des Hartmannbunds gewählt.

Lebenslange Begeisterung für die Medizin

„Es macht mir noch immer Spaß – das sage ich aus innerster Überzeugung!“ Dr. Ulrich Schwiersch ist gerne Arzt. Die Arbeit in der eigenen Praxis? Nimmt er nicht als Belastung wahr. Das ist auch einer der Gründe, warum er, obwohl er schon in Rente gehen könnte, noch einen vollen Versorgungsauftrag erfüllt. Gut 900 Patientinnen versorgt der Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in seiner Praxis in Fürth. Anfang Oktober feierte er das 35-jährige Praxisbestehen. Blickt Schwiersch auf diese Zeit zurück, bereut er es nicht, Arzt geworden zu sein und sich selbstständig gemacht zu haben. „Nicht einen Tag!“, sagt er mit Nachdruck. Die Resonanz seiner Patientinnen hat ihm als Arzt jeden Tag viel Freude bereitet. Die Schwangerenbetreuung nennt Schwiersch als erstes, wenn er gebeten wird, Positives von seinem Beruf zu erzählen. Zu sehen, wie sich ein Baby entwickelt oder die Freude über die Geburt gesunder Zwillinge zu erleben – diese Erfahrungen bleiben im Gedächtnis.

Und doch: Die Rede ist häufig davon, dass die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung immer schlechter, die Anforderungen für Ärzt:innen immer untragbarer werden. Hat ihn das in den vergangenen 35 Jahren nicht doch ein wenig belastet? Ulrich Schwiersch wirkt gelassen und gut gelaunt. Die IT funktioniert mal nicht? Dann wird das Rezept eben ganz konventionell ausgedruckt. Probleme mit dem Personal hatte er nie. Die Grundlage einer funktionierenden Zusammenarbeit in seiner Praxis: Wertschätzung für die Arbeit der MFAs. Trotzdem: Die Bedingungen für Praxisinhaber:innen sind nicht mehr so wie zu den Zeiten, als Ulrich Schwiersch sich niedergelassen hat. Denn auch, wenn er seinen Beruf nicht missen möchte, es gibt noch einen weiteren Grund, warum er weiterhin als Arzt tätig ist: Die Nachfolge ist nicht geklärt. Viele Ärzt:innen wollen keine eigene Praxis mehr führen. Vor allem nicht eine, wie seine: „Ich habe auch noch eine Praxis, die heute vielleicht nicht mehr als ganz zeitgemäß angesehen ist. Ich habe eine Einzelpraxis“, erzählt Ulrich Schwiersch. Die Verantwortung allein zu tragen, schrecke heute eher ab. „Die Bürokratie hat zugenommen. Das erschwert die Sache zusätzlich“, meint er.

Anzeige

medizin

Fachmesse für die ärztliche Praxis

Mitten im Markt Messe Stuttgart

BEZIRKSÄRZTEKAMMER
NORDWÜRTTEMBERG
Ideeller Träger und Kongressveranstalter

Die **medizin** ist Ihre Informations-, Fort- und Weiterbildungsplattform. Bringen Sie Ihre Praxis auf den neuesten Stand!

- Profitieren Sie von einem umfangreichen Vortrags- und Seminarprogramm!
- Erleben Sie den persönlichen Austausch und knüpfen Sie wertvolle Kontakte!
- Nutzen Sie das vielfältige Angebot und sammeln Sie Fortbildungspunkte!
- Entdecken Sie innovative Lösungen und neue Ideen für Ihre Praxis!

Wir freuen uns auf Sie.

www.medizin-stuttgart.de

#medizin

31. Januar – 2. Februar 2025 / Messe Stuttgart

Als Schwiersch 1989 die Entscheidung getroffen hatte, eine eigene Praxis zu gründen und bei Null anzufangen, hatte er anfangs selbst mit Herausforderungen zu kämpfen. Verhandlungen mit Banken standen auf dem Plan. In die Praxisführung musste er sich erst einarbeiten. „Das flößte schon alles Respekt ein. Weil man plötzlich mit Dingen konfrontiert wird, mit denen man vorher nichts zu tun hatte. Sprich: Finanzverwaltung und Bilanzen. Wie man Abrechnungen macht, davon hatte man im Studium und in der Weiterbildung noch nie etwas gehört“, erinnert sich Schwiersch an die ersten Tage. Später, als die Praxis lief, kam das Organisatorische hinzu: Anträge ausfüllen, Widersprüche formulieren, Röntgenbilder einschicken zur Qualitätskontrolle. Er empfand das durchaus als zusätzliche Bürde im Praxisalltag. Aber er hatte zumindest Einblicke in die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung, die zu Änderungen für Niedergelassene führten – von 1996 bis 2023 war er bei der Kassenärztlichen Vereinigung in Bayern aktiv. Seit Studientagen ist er zudem Mitglied beim Hartmannbund, aktuell ist er im Vorstand des Landesverbands Bayern und Bezirksvorsitzender in Mittelfranken. Das machte es ihm leichter, mit gesundheitspolitischen und abrechnungstechnischen Änderungen im Praxisalltag umzugehen.

Aber Schwiersch sagt auch: Die positiven Seiten der Selbstständigkeit überwogen stets. Er konnte seine eigenen Entscheidungen treffen. Seine Praxis nach den eigenen Wünschen gestalten. Und er wusste, worauf er sich einlässt: Bevor die eigene Praxis eröffnet wurde, hatte Ulrich Schwiersch bereits in Praxen mitgearbeitet. „In der Rückschau bin ich froh, dass ich selbstständig war.“ Selbst, wenn ihm als gebürtigen Nürnberger in Fürth anfangs in der einen oder anderen Situation Skepsis entgegengebracht wurde. „Das Ganze ist vergleichbar mit der Animosität zwischen Köln und Düsseldorf“, erklärt er. Ein Kollege gab ihm ein Vierteljahr, bevor seine Praxis pleitegehen würde. Manche Patientinnen fragten ihn am Anfang, wo er herkomme. „Ich habe meine Ausbildung in Erlangen absolviert. Wenn ich dann geantwortet habe, dass ich aus Erlangen komme, war die Erleichterung bei einigen Patientinnen zu spüren“, beschreibt Ulrich Schwiersch die Situation lachend.

Seinen Weg in die Medizin fand er über den Grundwehrdienst beim Sanitätsdienst der Bundeswehr. Es faszinierte ihn, als er im Bundeswehrkrankenhaus in Amberg hautnah als Pfleger erlebte, wie die medizinische Behandlung kranke Soldaten wieder gesunden ließ. „Das brachte mich dazu, mich für das Medizinstudium zu bewerben“, erzählt er. Er konnte sich eine Zukunft als Arzt gut vorstellen, wollte selbst Kranken helfen. „Mein Abitur war allerdings nicht so brillant. Deshalb musste ich noch vier Jahre warten, bevor ich einen Studienplatz hatte.“ In der Wartezeit studiert er an der Universität in Erlangen kurz bis zum Vordiplom Chemie. Nach der Zulassung zum Medizinstudium in Regensburg wechselte er nach zwei Jahren zurück nach Erlangen, weil es in Regensburg damals noch keine Universitätskliniken gab.

Ursprünglich wollte Schwiersch in die Allgemeinmedizin. Doch letztlich gelangte er über Umwege in die Gynäkologie. Seine Doktorarbeit legte er in der Kinderklinik ab, später bewarb er sich auf eine Stelle in der Frauenklinik – weil ihn die Grenze zwischen Kinderheilkunde und Geburtshilfe „sehr interessiert hat“. Stünde Ulrich Schwiersch heute noch einmal vor der Entscheidung, welchen Beruf er für sich wählen möchte, käme er zum selben Schluss: Das Medizinstudium müsste es sein und er würde auch wieder im selben Fachgebiet landen: „Es ist die Mischung von jungen und alten, von gesunden und schwer kranken Patientinnen, die das Arbeiten so abwechslungsreich macht.“ Die Kommunikation mit seinen Patientinnen ist ihm wichtig und für ihn eine Grundvoraussetzung dafür, ein guter Arzt zu sein. Selbst komplexe Dinge so zu erklären, dass sie für Laien verständlich sind, gehört für ihn dazu. Und überhaupt: Für Schwiersch gibt es keinen anderen Beruf als den Arztberuf, der einem so ein breites Spektrum an Möglichkeiten bietet. „Man kann mit Patienten zu tun haben oder aber auch ohne Patientenkontakt im Labor arbeiten. Praktische Medizin, Forschung oder doch lieber Beamtenlaufbahn im Gesundheitsamt? Kurative Medizin oder Rehabilitationsmedizin? Nach dem Studium gibt es einfach so viele Alternativen, aus denen man für sich wählen kann.“ Die Begeisterung für die Medizin ist Ulrich Schwiersch nach all den Jahren noch immer anzuhören.



Schlagzeilen des Jahres

Faszination Fortschritt

Januar

Ein medizinischer Fortschritt in der Behandlung von Gendefekten konnte aus den USA vermeldet werden: Mit Hilfe von Gentherapie konnte ein Junge von einer speziellen Unterform angeborener Taubheit geheilt werden. Auch aus China wurden erfolgreiche gentherapeutische Behandlungen bekanntgegeben.

März

Erstmals implantierten US-Mediziner:innen einem lebenden Patienten erfolgreich eine vollständige Schweineiere eines speziell dafür gezüchteten und genetisch modifizierten Tieres. Der Patient litt an einer Nierenerkrankung im fortgeschrittenen Stadium. Die Ärzt:innen in Boston sprachen von einem „Meilenstein“. Medienberichten zufolge musste der Mann nach der Transplantation nicht mehr zur Dialyse. Gut zwei Monate später verstarb der Patient. Zuletzt waren in den vergangenen Jahren bereits zwei schwer kranken Patienten Schweineherzen eingesetzt worden. Auch diese Patienten starben einige Wochen nach der Transplantation. Sogenannte Xenotransplantationen gelten als große Hoffnung, um dem Mangel an Spenderorganen entgegenzutreten zu können.

Juli

1. Ärzt:innen der Charité ist es erneut gelungen, das HI-Virus vollständig aus dem Körper eines Patienten zu entfernen. Vor mehr als fünf Jahren erhielt der Patient eine Stammzelltransplantation. Die Heilung gelang, obwohl die Stammzellspenderin – anders als bei bisher von HIV geheilten Patient:innen – nicht immun gegen das HI-Virus war. Es wird vermutet, dass die transplantierten Immunzellen der Spenderin alle HIV-infizierten Zellen des Patienten beseitigt hatten.

2. Noch im Juli hatte die EMA einer Zulassung des Alzheimer-Medikaments Leqembi mit dem Wirkstoff Lecanemab nicht zugestimmt. Nachdem der Hersteller eine weitere Prüfung der Stellungnahme der EMA beantragt hatte, fiel die Entscheidung nun anders aus: Für bestimmte Patient:innengruppen darf nach genauer Prüfung künftig Lecanemab im frühen Stadium der Erkrankung eingesetzt werden. Außerdem müssen die Patient:innen regelmäßig mit dem MRT untersucht werden. Das Medikament ist bereits seit Juli 2023 in den USA sowie unter anderem in Japan, China und unter Einschränkungen in Großbritannien zugelassen.

Oktober

Die zwei US-Wissenschaftler Victor Ambros und Gary Ruvkun erhalten für die Entdeckung der microRNAs den Nobelpreis für Medizin. Diese speziellen RNA-Moleküle spielen eine wichtige Rolle bei der Regulierung von Genen. Das Nobelpreis-Komitee sprach von einer „bahnbrechenden Entdeckung“. Die beiden Forschenden haben damit einen grundlegenden Beitrag zum Verständnis des menschlichen Körpers geleistet. Behandlungen auf Grundlage von micorRNA sind in der Medizin bislang noch nicht zugelassen.

Hauptversammlung 2024

Forderungen an künftige Regierung: Hartmann bund verabschiedet Grundsatzpapier

Der Hartmannbund hat sich auf seiner Hauptversammlung am 8./9. November für die Einführung eines Primärarzt-systems ausgesprochen, um künftig die Patientenwege im Versorgungssystem effektiver zu koordinieren. „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 verabschiedeten Erklärung.

Unter der Überschrift „Orientierungslos durch den Versorgungsdschungel – Wie lange können wir uns den ungesteuerten Patienten noch leisten“ hatte sich das höchste Gremium des Verbandes zuvor unter der Beteiligung hochkarätiger Expertinnen und Experten intensiv mit der Frage von Patientenströmen und möglichen Lenkungsmechanismen befasst. „Der Selbstbedienungsladen in der Versorgung hat einen Punkt erreicht, an dem es so nicht mehr weitergeht“, sagte der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt. Dabei gehe es nicht nur um den effizienten Einsatz begrenzter finanzieller Mittel und den Schutz „ausgebrannter Kolleginnen und Kollegen“, sondern auch um Patientensicherheit. Auch Professorin Leonie Sundmacher, Mitglied des Sachverständigenrates Gesundheit, machte deutlich, dass das System „ein hohes Maß an Arztdichte durch hohe Fallzahlen verschleißt und dadurch an Wirkung verliert“. Vorhandene Steuerungsinstrumente setzten an den falschen Stellen an. Der Vorstandsvorsitzende der BKK, Franz Knieps, forderte die Ärzteschaft in diesem Zusammenhang zu mehr Mut und Eigeninitiative auf: „Es wird keinen Königsweg geben. Probieren Sie die Dinge aus!“

Vor dem Hintergrund der sich andeutenden Neuwahlen und der damit verbundenen zu erwartenden Diskontinuität zahlreicher gesundheitspolitischer Gesetzesvorhaben hatte der Hartmannbund zuvor seine Tagesordnung geändert und an die Stelle geplanter Re-

solutionen zu aktuellen Gesetzentwürfen unter der Überschrift „Für ein stabiles und modernes Gesundheitssystem“ die Formulierung eines Kataloges von Grundsatzforderungen* an eine künftige Regierung gestellt. Die Versammlung war sich einig, dass eine zügige Wiederherstellung politischer Handlungsfähigkeit angesichts der akuten Herausforderungen dringend notwendig sei.

Im Rahmen der HV wurden zudem die Filmemacherinnen Valerie Henschel und Anabel Münstermann mit dem diesjährigen Film- und Fernsehpreis für „Karrierekiller Kind? Wenn Ärztinnen nach oben wollen“ (WDR) ausgezeichnet. Aus 29 eingesandten Beiträgen ist die bemerkenswerte Dokumentation von einer Fachjury ausgewählt worden. Die Friedrich-Thieding-Stiftung hat mit Unterstützung der SIGMA Bank zum mittlerweile achten Mal das Hartmannbund-Stipendium an zwei Medizinstudierende vergeben – Laurine Kristin Sprehe und Simon Alexander Stiehl. Das Stipendium ist eine Auszeichnung für sehr gute Studienleistungen und besonderes berufs- und sozialpolitisches Engagement während des Medizinstudiums. Für ihre unermüdliche berufsständische Arbeit und vorbildliche ärztliche Haltung wurden ebenfalls Dr. Wilhelm Kröncke und Dr. Jost Elborg mit der Hartmann-Thieding-Plakette ausgezeichnet.

Weitere Informationen zur Hauptversammlung finden Sie unter www.hartmannbund.de/hv2024

* siehe Seite 24



Prof. Dr. Leonie Sundmacher (Mitglied des Sachverständigenrates Gesundheit und Pflege) hat mit ihrem Vortrag spannende Impulse zum Thema Patientensteuerung gegeben.



Bei der Diskussion waren sich die Expert:innen einig, dass es keinen „Königsweg“ geben wird und „Dinge“ ausprobiert werden müssen.



Valerie Henschel und Anabel Münstermann wurde der diesjährige Film- und Fernsehpreis verliehen.



Dr. Jost Elborg, aus Hessen, erhielt ebenfalls die Hartmann-Thieding-Plakette aus den Händen von Dr. Klaus Reinhardt.



Der Bremer Augenarzt Dr. Wilhelm Kröncke wurde für sein Engagement für die Ärzteschaft und für seine Patienten mit der Hartmann-Thieding-Plakette geehrt.



HB-Vorstandsmitglied Klaus Rinkel, die neuen Stipendiaten Laurine Kristin Sprehe und Simon Alexander Stiehl sowie Jacqueline Krämer von der SIGMA-Bank.



Für ein modernes und stabiles Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem bedarf vor dem Hintergrund demografischer Herausforderungen, steigender Kosten, reformbedürftiger Versorgungsstrukturen und des Rückgangs ärztlicher Arbeitszeit mutiger Veränderungen. Ein effizienterer Einsatz der vorhandenen Ressourcen ist essentiell. In diesem Sinne müssen folgende grundlegende Eckpunkte das politische Handeln künftig bestimmen:

- Das Gesundheitssystem benötigt eine koordinierte Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch Patientinnen und Patienten, um der Diskrepanz zwischen begrenzter Verfügbarkeit von Leistungen und Ressourcen und steigendem Behandlungsbedarf zu begegnen. Das System muss aus Patientensicht leicht verständlich und einfach aufgebaut sein. **Ein Primärarztssystem ist ein geeignetes Instrument, um Patientenwege zu steuern.** Die Versorgungslandschaft der Zukunft benötigt zudem – ggf. auf der Grundlage finanzieller Anreizsysteme – eine erreichbare ambulante Grund- und fachärztliche Versorgung.
- Es braucht eine **Krankenhausreform**, um die stationären Strukturen zukunftsfähig zu machen. Der Fokus muss dabei auf der Steigerung von Behandlungsqualität durch Spezialisierung bei gleichzeitiger Gewährleistung der flächendeckenden Versorgung liegen. Krankenhäuser in Deutschland brauchen langfristige Planbarkeit und sichere finanzielle Rahmenbedingungen.
- **Digitalisierung** bietet enorme Chancen für die Versorgung. Diese müssen unter Gewährleistung der Interoperabilität konsequent genutzt werden. Kommunikationsprozesse und der strukturierte Datenaustausch werden dadurch auf allen Ebenen beschleunigt und verbessert. Eine konsequente Datenverfügbarkeit und sichere Datennutzung werden die Versorgung optimieren.
- **Künstliche Intelligenz** wird die Gesundheitsversorgung in den kommenden Jahren revolutionieren. Sie kann ärztliches Handeln unterstützen, die Qualität von Diagnosen und Therapien steigern und die Effizienz in vielen Prozessen erhöhen. Der Einsatz von KI muss jedoch in ärztlicher Hand bleiben und die medizinischen Handlungsmöglichkeiten erweitern. KI darf ärztliches Handeln nicht ersetzen.
- Nur durch eine massive **Entbürokratisierung** auf allen Ebenen des Gesundheitssystems werden Prozesse schneller und effizienter. Die limitierte Arztzeit kann auf dieser Basis effektiv für die Versorgung der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird gestärkt. Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit steigen. Arbeitsbelastung und Kosten werden reduziert.
- Es braucht gesamtgesellschaftliche, in alle Lebensbereiche hineinwirkende **Präventionsmaßnahmen**. Sie verringern die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, indem sie Erkrankungen vermeiden, ihre Schwere reduzieren und mehr gesunde Jahre ermöglichen.
- Der **Schutz vor versorgungsfremden, renditegetriebenen Einflüssen** ist wesentliche Grundlage für die unabhängige Patientenversorgung und ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis. Die freiheitliche ärztliche Berufsausübung muss erhalten bleiben, ebenso Therapiefreiheit und Pluralismus.
- Die ungekürzte **Vergütung** aller erbrachten ärztlichen Leistungen ist Grundlage, um die qualitativ hochwertige Patientenversorgung auch zukünftig noch gewährleisten zu können.
- Zu einer guten Patientenversorgung gehört eine **ärztliche Weiterbildung** mit gesicherten strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen.
- Nur durch ein **modernes Medizinstudium** kann die zukünftige Ärztesgeneration auf die Anforderungen der Versorgung sachgerecht vorbereitet werden und dem internationalen Vergleich standhalten. Die Umsetzung des Masterplans 2020 ist überfällig.
- Der Erhalt des **dualen Krankenversicherungssystems** garantiert Wettbewerb und Innovationsanreize im Gesundheitssystem und schafft damit die notwendigen Impulse und Voraussetzungen für eine Versorgung auf hohem medizinischem Niveau. Dafür braucht es sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung moderne Honorierungssysteme.

Health in All Policies: Gesundheit muss in allen politischen Bereichen berücksichtigt werden, da soziale, ökonomische und ökologische Faktoren wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Es braucht eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und anderen Politikbereichen wie Bildung, Umwelt und Stadtplanung, um gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu schaffen.

Reformen im Gesundheitswesen

Wie es nach dem Ampel-Aus weitergeht

Die Gesundheitsreformen der verbliebenen Ampelkoalitionäre aus SPD und Grünen sind fast vollständig zum Erliegen gekommen. Zu den spärlichen Ausnahmen gehören beispielsweise Maßnahmen, um die Pflegeversicherung vor dem finanziellen Kollaps im ersten Quartal 2025 zu bewahren. Viele der gesundheitspolitischen Reformbaustellen dürften allerdings bald nach einer neuen Regierungsbildung in Angriff genommen werden.

Einige Reform-Themen für die nächste Legislaturperiode sind schon gesetzt, unabhängig davon, wer das Zepter der neuen Bundesregierung in der Hand hält. Dazu gehört beispielsweise die Notfallreform, die nun doch zeitlich versetzt zur verabschiedeten Krankenhausreform neu auf die Tagesordnung gesetzt werden wird. Die auf Abruf in ihrem Amt stehende rot-grüne Minderheitsregierung wollte diese mit einer Reform des Rettungsdienstes verbinden. Auch das dürfte eine neue Bundesregierung, die voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte erste gesundheitspolitische Vorhaben in Angriff nehmen wird, mit großer Wahrscheinlichkeit nachvollziehen.

Die gesundheitspolitischen Akteure gehen zudem von Nachbesserungen durch eine neue Bundesregierung bei der Krankenhausreform, namentlich dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), aus. Der scheidende Bundesgesundheitsminister setzt in den kommenden Wochen einen Großteil seiner verbliebenen gesundheitspolitischen Möglichkeiten dafür ein, noch wichtige Rahmenbedingungen für die vorgesehene Umgestaltung der Krankenhauslandschaft voranzutreiben.

Die Krankenhausreform wird für die gesamte Ärzteschaft, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich erhebliche Umwälzungen bringen. Zeitlich betrachtet sind zunächst die stationär tätigen Ärzt:innen betroffen. Für manches der knapp 1900 Krankenhäuser, die derzeit noch am Netz sind, dürften die mit der Reform in Verbindung stehenden finanziellen Verbesserungen nicht mehr ausreichen, um ihr Überleben zu sichern. Schon aktuell nimmt die Zahl der Krankenhausinsolvenzen spürbar zu, Expertenanalysen gehen von weiter steigenden Zahlen aus. Das von Deutscher Krankenhausgesellschaft und weiteren Verbänden geforderte Übergangsgeld, bis die Reformmaßnahmen tatsächlich zu greifen beginnen, hat keinen Weg in das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) gefunden. Darüber dürften sich auch diejenigen im Klaren gewesen sein, die die Reform über die Hürden gebracht haben, doch sind die Betroffenheiten der einzelnen Bundesländer im Krankenhausbereich sehr unterschiedlich. In manchen Fällen führen Insolvenzen auch zu einem Umgestaltungsprozess und nicht zu Schließung. Wie der Fortgang in Krankenhauslandschaft im Jahr 2025 sein wird, kann niemand derzeit valide prognostizieren.

Ein weiteres „gesetztes Thema“ für die kommende Legislaturperiode dürfte die Beendigung der ungebremsten Inanspruchnahme medizinischer, vornehmlich ärztlicher Leistungen durch die Patienten im ambulanten Sektor betreffen. Der Hartmannbund wie auch andere ärztliche Verbände und Institutionen haben hier schon



sinnvolle Konzeptionen zur Patientensteuerung vorgelegt. Auch eine angemessene Honorierung – Stichworte sind hier Entbudgetierung nicht nur des hausärztlichen sondern auch des fachärztlichen Bereichs ist nach Ansicht aller führenden ärztlichen Verbände in diesem Zusammenhang unabdingbar.

Der „Fachkräftemangel“ betrifft auch die Ärzteschaft – deshalb ist Arbeitslosigkeit für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland kein Thema. Für manchen Krankenhausarzt ist möglicherweise in den kommenden Jahren aufgrund der Umgestaltung in seiner Klinik ein Arbeitsplatzwechsel vonnöten, doch in vielen Fällen dürften sich Veränderungen über einen längeren Zeitraum und nicht über Nacht ankündigen. Der Umbau der Krankenhauslandschaft insgesamt ist auf ein Jahrzehnt angelegt mit einer mehrjährigen Übergangsphase. Als Teil der Krankenhausreform wird gleichzeitig die „Ambulantisierung“ vorangetrieben. Hier sind insbesondere die sektorenübergreifenden Versorger betroffen, in die sich nach dem Konzept der Reformverantwortlichen kleinere Krankenhäuser, die keine Fachkliniken sind, umwandeln sollen.

ePA wird schrittweise eingeführt

Neustart unter kritischen Voraussetzungen

Am 15. Januar 2025 sollte die neue elektronische Patientenakte (ePA), die „ePA für alle“, an den Start gehen, zunächst in ausgewählten Regionen in einer vierwöchigen Pilotphase, dann eigentlich im bundesweiten Rollout. Letzterer verzögert sich, da noch an den technischen Voraussetzungen nachgebessert werden muss – wie lange konkret vermag noch niemand zu sagen. Die „ePA für alle“ dürfte aber in 2025 Realität werden. Deshalb lohnt es sich, das ePA-Konzept und seine Vorgaben in den Blick zu nehmen.

Die gesetzlichen Krankenkassen stellen ab Start den 73 Millionen gesetzlich Versicherten automatisch eine ePA zur Verfügung, es sei denn jemand widerspricht (Opt-out-Lösung). In der ePA sollen Patientendaten, wie Arzt- und Befundberichte, gebündelt werden. Damit werde laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) „die alte Zettelwirtschaft beendet“. Darüber hinaus sollen weitere Entwicklungen Einzug halten. Mit dem Start der neuen ePA ist zunächst eine digitale Medikationsliste geplant, weitere Ausbaustufen sind vom BMG vorgesehen. Die Ärzteschaft hat allerdings bereits angemahnt, die neue ePA müsse einen deutlichen Mehrwert zu der derzeitigen Version vorweisen, der jedoch in der für den Start der „ePA für alle“ vorgesehenen Basisversion „nicht ausreichend erkennbar“ sei. Es fehlten nach wie vor elementare Bestandteile, die für eine nutzenstiftende Verwendung im Versorgungsalltag benötigt würden.

Bundesweite Aufklärungskampagne

Das BMG, die gesetzlichen Krankenkassen und die für die Telematikinfrastruktur (TI) verantwortliche gematik starteten für die Beteiligten, u. a. die Ärzteschaft, schon am 25. Juni 2024 eine Aufklärungskampagne zur „ePA für alle“. Die gesetzlichen Krankenkassen haben alle Versicherten angeschrieben, auch um über die Widerspruchsmöglichkeiten aufzuklären.

Später wurde zudem mit einer „crossmedialen Aufklärungskampagne“ zur neuen ePA begonnen. Acht Motive sollen deren Vorteile in den sozialen Medien, auf einer Landing-Page „epa-vorteile.de“, auf Flyern und Plakatwänden erklären. Ein Infomobil tourte durch neun Städte in Deutschland. Für Praxen gab es unter anderem von der gematik und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Infoveranstaltungen.

Der Bundesgesundheitsminister erklärte anlässlich der Vorstellung der Kampagne, dass es zunächst eine Pilotphase vor dem bundesweiten Start gebe. Zum Beispiel werde die Medikationsliste zunächst in Modellregionen – Franken, Hamburg und in Teilen von Nordrhein-Westfalen – erprobt: Zudem wolle man „auf keinen Fall“ eine Umsetzung, „die in der Praxis mehr Ärger macht, als dass sie hilft“. Die Verlängerung der vierwöchigen Pilotphase, war also von vornherein an nicht gänzlich ausgeschlossen, wie seine Worte erweisen. Bei der „ePA für alle“ handelt es sich nicht um ein Update der bestehenden bereits seit 2021 verfügbaren Opt-in-ePA. Die „ePA für alle“ sei ein neues Produkt und verfüge über eine modernisierte Architektur, die insbesondere die Stabilität erhöhen und leistungsfähigere Anwendungen ermöglichen solle, erläuterte Dr. Florian Fuhrmann, Vorsitzender der gematik-Geschäftsführung

Datenschutz im Fokus

Allem vorausgesetzt sei, so Lauterbach, „dass der Datenschutz und die Datensicherheit auch gewährleistet sind“. Der Patient bleibe zu jedem Zeitpunkt der Herr seiner Daten, versicherte er. Erst mit

dem Stecken der Gesundheitskarte erlaube der Patient dem Arzt überhaupt auf die ePA-Daten zuzugreifen. In der ePA-App könne der Patient entscheiden, wer auf seine Daten zugreifen dürfe. Er könne einzelne Befunde generell vom Zugriff ausschließen.

Gesundheitsdaten aus der „ePA für alle“ sollen auch zu Forschungszwecken genutzt werden können, hiergegen kann aber gesondert Widerspruch eingelegt werden. Zu dem Datensatz, der dazu beim Forschungsdatenzentrum (FDZ) zusammenfließen soll, erklärte der Minister, dass diese Daten „gekapselt“ abgespeichert seien. „Das heißt, es gibt nicht die Möglichkeit, dass jemand den gesamten Datenschutz übergeht und den Datensatz abgreift, sondern das Verfahren der Datensicherung und der Datenspeicherung des sogenannten Confidential Computings erlaubt hier nur, einzelne Daten herauszuholen“, führte er aus. Diese seien dann pseudonymisiert und ließen keinen Rückschluss auf die Person zu, die die Daten für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt habe.

Ärzt:innen sollen nur im Behandlungskontext auf die Daten in der ePA für alle zugreifen können. Standardmäßig ist der Zugriff laut gematik auf 90 Tage festgelegt. Patienten können diesen Zugriff über ihre ePA-App frühzeitig beenden oder auch verlängern. Befundberichte aus medizinischen Untersuchungen und Behandlungen sowie Arztbriefe und Krankenhaus-Entlassbriefe, die im Rahmen der aktuellen Behandlung eines Patienten erstellt werden, müssen in der ePA gespeichert werden. Diese Aufgabe sollen Ärztinnen und Ärzte auch zum Beispiel an die medizinischen Fachangestellten (MFA) oder das pflegerische Personal delegieren können. Hochsensible Daten – zum Beispiel zu sexuell übertragbaren oder psychischen Erkrankungen – sollen nur in die ePA für alle geladen werden dürfen, wenn ein Patient dem nicht widerspricht. Praxen sind dazu verpflichtet, darauf hinzuweisen und den Wunsch des Patienten in Ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren.

Arztbrief muss weiterhin verschickt werden

Gleichzeitig können auch Patient:innen Dokumente in ihre ePA stellen, die dann entsprechend gekennzeichnet sein sollen. Arztpraxen sollen jedoch nicht dazu verpflichtet sein, alte, zum Beispiel in Papierform vorliegende, Informationen zu digitalisieren und einzupflegen. Die Krankenkassen sollen deshalb auf Wunsch des Versicherten innerhalb von 24 Monaten zweimal bis zu zehn „alte“ Dokumente digitalisieren und in der ePA speichern.

Trotzdem müssen auch in Zukunft Unterlagen noch per KIM-Mail übermittelt werden, wie beispielsweise Untersuchungsergebnisse an eine überweisende Praxis (Anm.: KIM steht für Kommunikation im Medizinwesen und ermöglicht Praxen, medizinische Dokumente über die TI zu versenden und zu empfangen). Auch der Arztbrief müsse weiterhin verschickt werden, „damit die empfangenen Einrichtungen diesen auch lokal in ihrem System gespeichert haben“, so die gematik.



Über die Medikationsliste sollen ePA und elektronisches Rezept (E-Rezept) verbunden werden.

Über die in die ePA integrierte Medikationsliste sollen ePA und elektronisches Rezept (E-Rezept) verbunden werden. In die Liste sollen alle Informationen zu ausgestellten E-Rezepten automatisch übertragen werden. Medizinisches Fachpersonal oder die Patienten müssen dem BMG zufolge also nicht selbst aktiv werden. Die Medikationsliste biete sowohl den Ärzten, aber auch Apothekern einen Überblick über die Medikation eines Patienten. Ab Mitte 2025 soll dann mit der ePA-Version 3.1 der Medikationsplan dazu kommen, in dem noch zusätzliche Informationen – wie Einnahmehinweise oder Dosierungen – hinzugefügt werden können. Laut gematik ist auch geplant, dass Patient:innen selbst darin zum Beispiel nichtverschreibungspflichtige Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel eintragen können.

Die ePA soll, wie Fuhrmann erläuterte, nach ihrem Rollout schrittweise weiterentwickelt werden: „Zu Beginn konzentrieren wir uns neben der reinen Zurverfügungstellung von Versorgungsdaten auf das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit“, berichtete er. Es folgten sukzessive Themen wie Laborkommunikation (2026), der Impfpass und Forschung. „Zügig“ sollten auch weitere Leistungserbringer einbezogen werden. Die Volltextsuche für die ePA soll laut gematik später hinzugefügt werden. Bis dahin funktioniere die Suche in der ePA über Metadaten. Hier suche man nach bestimmten Daten, wie beispielsweise Datum oder Fachrichtung, von welcher Einrichtung ein Dokument eingestellt wurde oder nach dem ICD-10-Code.

Praxen drohen Strafen

Praxen, die sich nicht an die Vorgaben zur Nutzung der ePA halten, können ab 2025 mit finanziellen Strafen belegt werden. Seit dem 1. Juli 2021 muss laut Gesetz überall die notwendige Ausstattung vorhalten, um Daten über die Telematikinfrastruktur in die ePA zu übertragen oder auszulesen. Andernfalls droht eine Kürzung der Vergütung um ein Prozent. Ab Januar 2025 müssen Praxen zudem die neue Softwareversion 3.0 für die ePA vorhalten, sonst wird die TI-Pauschale gekürzt. Gegen diese Restriktionen formiert sich allerdings schon Widerstand.

Der 128. Deutsche Ärztetag (Mai 2024) adressierte dringenden Nachbesserungsbedarf für die ePA. So sei zum Beispiel keine Volltextsuche der Inhalte einer elektronischen Patientenakte möglich, ein zentraler Virens scanner für die Inhalte der ePA sei ebenfalls nicht vorgesehen. Der im Gesetz geforderte digitale Medikationsprozess werde bei der Einführung der „ePA für alle“ nur rudimentär zur Verfügung stehen. Auch fehle die Möglichkeit, kritische Befunde erst nach deren Einordnung in einem Arzt-Patient-Gespräch in die ePA einzustellen oder für die Patientin bzw. den Patienten sichtbar zu machen. In der „ePA für alle“ werde außerdem nicht protokolliert, welche Inhalte für die Ärztin oder den Arzt zum Zugriffszeitpunkt einsehbar waren und welche Inhalte die Patientin oder der Patient zum Zeitpunkt des Zugriffs verborgen hatte.

Stärkung des Gesundheitssystems in Krisen-Zeiten

Sind wir im Ernstfall überfordert?

Wie muss ein krisenfestes Gesundheitssystem in Deutschland aussehen, das sowohl auf Massen an Kriegsverletzten als auch auf die Versorgung der Zivilbevölkerung vorbereitet ist? Wie können Staat, Selbstverwaltung und Zivilgesellschaft gemeinsam Lösungen finden, um eine Balance zu schaffen, die den Belastungen einer kriegs- und krisenerschütterten Gesellschaft standhält? Expert:innen haben jetzt dieses Thema bei der Bundesärztekammer-Veranstaltung „BÄK im Dialog – Bedingt abwehrbereit? Die Patientenversorgung auf den Ernstfall vorbereiten“ in den Fokus genommen.

Ein Wintermorgen im Jahr 2026: In einer Hausarztpraxis auf dem Land herrscht Ausnahmezustand. Neben den regulären Patient:innen suchen immer mehr verletzte Soldaten aus Krisengebieten medizinische Hilfe. Überfüllte Wartezimmer, überlastete Telefone und die Überforderung des Personals prägen den Alltag. In nahegelegenen Krankenhäusern sieht es ähnlich aus: Die Bettenkapazitäten sind erschöpft, Flure werden zu Behandlungsstationen, und Notfälle aus der zivilen Bevölkerung kollidieren mit der Versorgung schwer verletzter Kriegsversehrter. Die Situation eskaliert weiter, als ein Cyberangriff die digitale Kommunikation lahmlegt. Patientendaten sind nicht mehr abrufbar, und improvisierte Notfallpläne müssen greifen. Zeitgleich verschärfen Medikamentenengpässe und Personalmangel die Lage. Das Szenario

verdeutlicht: Im Ernstfall droht das Gesundheitssystem, trotz aller Bemühungen, an seine Belastungsgrenzen zu stoßen.

Die Ressourcen verknappen

Doch wie kann Deutschland auf solche Notsituationen vorbereitet werden? Die Herausforderung liegt nicht nur in der Effizienz von Strukturen und Prozessen, sondern auch im reibungslosen Zusammenspiel ambulanter und stationärer Versorgung – und das unter Bedingungen, in denen Ressourcen knapper denn je seien. Da waren sich die Expert:innen aus Politik, Gesundheitswesen und von Hilfsorganisationen in der BÄK-Runde einig. Und das Thema erfahre immer mehr Brisanz. „Gute Vorbereitung, ausreichende Vorhaltung, klar geregelte Zuständigkeiten und trainierte Abläufe sind

Ein starker Zusammenhalt zwischen Bevölkerung und Militär könnte entscheidend sein.



grundlegend, um für den Krisenfall gewappnet zu sein. Wir müssen akzeptieren, dass neue Realitäten uns fordern, und entsprechend reagieren“, stellte Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer und Vorsitzender des Hartmannbundes, zum Auftakt fest. Ziel müsse es sein, das gesamte Gesundheitssystem zu stärken, um im Notfall reagieren zu können, so Prof. Dr. jur. Kerstin von der Decken, Justiz- und Gesundheitsministerin von Schleswig-Holstein.

Für den Notfall müsse trainiert werden, derzeit würden wir uns in einem „Schönwettersystem“ befinden, hob Prof. Dr. Heyo Kroemer (Vorsitzender des Expert:innenrats „Gesundheit und Resilienz“) hervor. Die Erfahrungen der COVID-19-Pandemie zeigten, dass flexible Anpassungen und zusätzliches Personal sowie Ausstattung höchst bedeutsam seien, um auf unvorhergesehene Krisen zu reagieren. „Health Security ist ein neues, aber essenzielles Thema für Deutschland. Sowohl der öffentliche Gesundheitsdienst als auch Krankenhäuser, Praxen und der Rettungsdienst müssen krisenfest gemacht werden.“ Dies schließt auch universitäre Kliniken ein, die durch ihre Infrastruktur und Expertise eine Schlüsselrolle einnehmen. Die größte Bedrohung stellten laut Kroemer Cyberangriffe dar, deren Dimensionen kaum abschätzbar seien.

Stärkung der Akteure

Der Präsident des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Ralph Tiesler, forderte weitere Investitionen: „Nur durch Stärkung der Akteure im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz können wir auch auf längere Krisen adäquat reagieren.“ Szenarien gingen davon aus, dass allein 1.000 Verwundete/Tag aus dem Militär bei kriegerischen Auseinandersetzungen versorgt werden müssten. Hier bestehe derzeit ein enormes Defizit nicht nur an Personal und Material sondern nicht zuletzt auch an Steuerung und Koordination. Auch sei die Anzahl der ehrenamtlich Tätigen in Hilfsorganisationen schwer einschätzbar. 30 Prozent der Helfer seien bald schon im „Ruhestand“, zudem wären laut Tiesler viele in mehreren Organisationen wie Feuerwehr, ASB oder Technisches Hilfswerk gleichzeitig engagiert. „Das ist das größte Problem, wir können keine Zahlen nennen, wir wissen nicht von welchen Dimensionen wir hier reden“, so Tiesler. Die Gesetze seien für Friedenszeiten gemacht. „Wir müssen da schneller werden. Wir müssen wissen, wie belastbar unsere Programme sind.“ Wichtig sei auch das „Mindset“ der Bevölkerung für Ausnahmesituationen zu schärfen. „Wir müssen in den Dialog mit den Menschen gehen. Jeder Einzelne hat anzupacken.“

„Die Bedrohung ist real“, gab Dr. Ralf Hoffmann vom Sanitätsdienst der Bundeswehr zu bedenken. Er betonte die Zusammenarbeit zwischen zivilen und militärischen Akteuren: „Eine enge Verzahnung ist entscheidend, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen, besonders angesichts der zentralen Rolle Deutschlands in Europa.“ 10.000 Betten bräuchte es mindestens im Ernstfall. Auch die Frage der Lieferketten sei ungeklärt. „Wir haben einen weiten Weg vor uns.“ Wichtig sei es, so konkret wie möglich zu werden, auf allen Ebenen.

Was muss getan werden?

Das einhellige Fazit aller: Angesichts wachsender globaler Bedrohungen wie militärische Konflikte, Cyberangriffe und Klimawandel muss Deutschland auf potenzielle Krisen besser vorbereitet sein! Hierzu zählen eine verbesserte Notfallplanung, klare Zuständigkeiten und trainierte Abläufe. Die enge Verzahnung ziviler Gesundheitsversorgung mit militärischen Diensten, wie dem Sanitätsdienst der Bundeswehr, sei entscheidend, um effizient zu reagieren. Ein starker Zusammenhalt zwischen Bevölkerung und



Militär könnte entscheidend sein. Es wurde zudem ein koordiniertes Zusammenspiel von Bund, Ländern und den verschiedenen Akteuren gefordert, um länderübergreifende Strukturen aufzubauen. Ein resilientes Gesundheitssystem zeichne sich zudem nicht nur durch technische und organisatorische Maßnahmen aus, sondern auch durch rechtliche Reformen, um die Versorgungssicherheit zu garantieren. Dazu gehöre auch ein spezielles Bundesgesetz zur Krisenfestigkeit. Die „BÄK im Dialog“-Veranstaltung verdeutlichte zudem, dass die Bereitschaft, auf neue Realitäten zu reagieren, zentral ist, um die gesundheitliche Daseinsvorsorge und den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu bewahren.

Anzeige

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

**Steuerberatung mit dem 360°+
Blick auf Sie und Ihre Praxis**

Speziell für Ärztinnen und Ärzte

Regionale Ansprechpartner und direkte Mandatsbetreuung kombiniert mit der Expertise der gesamten ETL-Gruppe ermöglichen eine persönliche und zugleich interdisziplinäre Beratung.

Schon von unserem Podcast
HEALTHCARE TAX&LAW gehört?



Großer Reformdruck in der Sozialen Pflegeversicherung

Steigendes Defizit und wachsende Eigenanteile

Der größte Beitragssatzanstieg in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab 1. Januar 2025 macht negativ Furore. Im Durchschnitt werden dann nicht mehr 16,3 Prozent sondern 17,1 vom Bruttolohn als Kassenbeitrag abgezogen. Für den Bereich der GKV wird schon intensiv über Reformmodelle diskutiert – nicht nur der Hartmannbund spricht sich für die Einführung eines Primärarztsystems aus. Hingegen sorgen allenfalls die hohen Eigenanteile der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen mitunter für mediales und dann öffentliches Erschrecken – eine breite politische und nachfolgend öffentliche Diskussion ist bislang ausgeblieben.



Die rund 13 Prozent zu Pflegenden in den Seniorenheimen verursachen etwa 34,5 Prozent der Gesamtausgaben.

Die „große“ Reform der sozialen Pflegeversicherung, wie ursprünglich von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) angekündigt, wird es nach dem Ampel-Aus in dieser Legislaturperiode nicht mehr geben. Der Reformdruck ist aber ausgesprochen hoch. Demografischer Wandel, höhere Löhne in der Pflege und die Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs lassen die Kosten steigen wie auch die Übertragung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben auf die soziale Pflegeversicherung. Der Bundesgesundheitsminister erhöht in einer Notoperation noch per Rechtsverordnung zum 1. Januar 2025 den Beitragssatz

für die SPV um 0,2 Prozentpunkte, um deren Zahlungsfähigkeit sicherzustellen.

Die Pflegeversicherung ist im Gegensatz zu Krankenversicherung eine Teilleistungspflichtversicherung, sie hat festgelegte Leistungen. Dies gilt sowohl für gesetzlich als auch für privat versicherte Personen. Der Eigenanteil ist „nach oben offen“. Um das volle Pflegerisiko abzudecken, muss man eine private Pflegezusatzversicherung abschließen. Die Finanzierung läuft analog zur Krankenversicherung: für gesetzliche Versicherte über das Umlageverfahren, für private Versicherte über die Kapitaldeckung.

36,2 Mrd. Euro für ambulante Leistungen

Etwa 74,56 Millionen Menschen in Deutschland waren Ende 2023 durch die soziale und weitere 9,14 Millionen durch die private Pflegeversicherung abgesichert. Der Bundesgesundheitsminister hat in einem aktuellen großen „Bericht der Bundesregierung zur Zukunftssicheren Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen“ an den Deutschen Bundestag (Bundestagsdrucksache 20/12600) einen umfänglichen Überblick über die Lage gegeben. Dort heißt es unter anderem: „Der weit überwiegende Teil der pflegebedürftigen Menschen wird ambulant versorgt. Von den rund 5,2 Millionen pflegebedürftigen Menschen entsprach dies Ende 2023 rund 4,4 Millionen (rund 84 Prozent). 3,1 Millionen Menschen wurden überwiegend durch Angehörige gepflegt. Rund 700.000 (rund 13 Prozent) Menschen wurden vollstationär und rund 140.000 (rund 3 Prozent) in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt“ (Anm. d. Red.: Die Eingliederungshilfe soll Menschen mit einer Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen eine individuelle Lebensführung, die der Würde des Menschen entspricht, ermöglichen oder erleichtern).“

Die Gesamtausgaben der SPV lagen im Jahr 2023 bei rund 59,2 Mrd. Euro. Die Ausgaben für die ambulanten Leistungen beliefen sich auf rund 36,2 Mrd. Euro. Für stationäre Leistungen (gemeint sind die Pflegeeinrichtungen) lagen sie bei rund 19,7 Mrd. Euro (ohne stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe rund 19,3 Mrd. Euro). Die rund 13 Prozent zu Pflegenden in den Senioreneinrichtungen (ohne die Eingliederungshilfe) verursachen etwa 34,5 Prozent der Gesamtausgaben.

In Zukunft 37 Prozent mehr Pflegebedürftige

Der AOK-Bundesverband hat die demografische Entwicklung anhand der Zahlen des Statistischen Bundesamts (Destatis) aufbereitet: Destatis zufolge „wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland allein durch die zunehmende Alterung bis 2055 um 37 Prozent zunehmen. Im Jahr 2055 sei mit etwa 6,8 Millionen Pflegebedürftigen zu rechnen. Dabei würden bereits 2035 etwa 5,6 Millionen erreicht. Nach 2055 sind laut Destatis keine starken Veränderungen mehr zu erwarten, da die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1950er- und 1960er-Jahren, die sogenannten Babyboomer, dann durch geburtenschwächere Jahrgänge im höheren Alter abgelöst werden.“

Der demografische Wandel stelle für das Umlageverfahren eine besondere Herausforderung dar, ist im genannten Bericht der Bundesregierung nachzulesen. Zum einen gehe damit ein erwartbarer Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials einher, das zu einem weit überwiegenden Teil die Einnahmesituation der sozialen Pflegeversicherung bestimme. Zum anderen werden neben der Tatsache, dass die Zahl der Pflegebedürftigen über das Demografie bedingt erwartbare Maß steigt, auch die Babyboomer in den kommenden Dekaden potenziell zu Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern, was den Druck auf die Ausgabenseite nochmals erhöhe. In der Gesamtschau führt dies bei einem unveränderten Beitragssatz und gleichzeitiger Konstanzhaltung des Realwertes der Leistungen zu einem Auseinanderlaufen von Ausgaben und Einnahmen der Pflegeversicherung. Hierdurch werden sowohl die Finanzierbarkeit als auch die Leistungsfähigkeit gefährdet. Darüber hinaus gefährdeten Preis- und Lohnentwicklung, und damit einhergehende steigende Eigenanteile, die Akzeptanz des Teilleistungssystems.

Durch die zum Teil deutlichen Leistungsausweitungen vor allem in der letzten Dekade seien die Empfängerzahlen und die

Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung stark gestiegen, gleichzeitig stiegen aber auch die pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären resp. die Zuzahlungen in der ambulanten Pflege weiter. Dies führe zunehmend zu einer finanziellen Überforderung pflegebedürftiger Menschen. Ursächlich hierfür seien insbesondere die krisenbedingte Verteuerung der Sachkosten, die gesetzlich verpflichtende Bezahlung von professionell Pflegenden auf Tarifniveau, sowie die gesetzlichen Vorgaben für die personelle Ausstattung und der gleichzeitig wirkende Fachkräftengpass in der Pflege.

Insbesondere seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 ist die Zahl der Leistungsbezieher gestiegen, erläutert der AOK-Bundesverband. 2016 waren es knapp 2,75 Millionen Pflegebedürftige, Ende 2023 knapp 5,24 Millionen. Entsprechend stiegen die Ausgaben von 31 Milliarden 2016 auf 59,23 Milliarden 2023. 1997, dem ersten vollständigen Jahr mit Pflegeleistungen, betrugen die Einnahmen 15,94 Milliarden Euro, die Ausgaben lagen bei 15,14 Milliarden Euro.

Pflegeversicherung rutscht ins Defizit

Zusätzlich zu den genannten Problemstellungen haben noch andere Faktoren zur misslichen Finanzlage der SPV beigetragen: Der avisierte Bundeszuschuss zur Pflegeversicherung von einer Milliarde Euro ist bis 2027 gestrichen worden. Die SPV übernimmt außerdem die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, die vom Grundsatz her eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sind. Außerdem hat die SPV pandemiebedingte Ausgaben von 5,9 Mrd. Euro geschultert, deren Rückzahlung nicht erfolgt ist. Diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe kostete die Pflegeversicherung in diesem Jahr ca. 4 Mrd. Euro und 2025 voraussichtlich 4,5 Mrd. Euro, erklärte die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer. Auch muss die SPV noch bis 2028 ein vom Bund gewährtes Darlehen von 500 Mio. Euro zurückzahlen.

Zum Jahresende 2023 verzeichnete die SPV einen Überschuss von 1,78 Milliarden Euro. Der Beitragssatz lag ab Mitte 2023 aufgrund einer Pflegereform bei 3,4 Prozent. Ende 2024 rutscht die Pflegeversicherung ins Defizit mit voraussichtlich rund 1,8 Mrd. Euro aus den oben genannten Gründen. Ab 1. Januar 2025 liegt der Beitragssatz bei 3,6 Prozent. Diese Erhöhung ist aber „auf Kante genäht“.

Wird die Pflege bald unbezahlbar?

Würde der Staat zumindest die pandemiebedingten Kosten erstatten, würde sich die Lage entspannen und eine Reform könnte unter weniger Druck stattfinden. Alle Experten halten aufgrund der derzeitigen Lage eine Pflegereform aber schon in 2026 für notwendig. Damit soll nicht nur ein weiterer Beitragssatzanstieg verhindert werden, sondern auch die Eigenanteile in den Pflegeeinrichtungen (stationärer Sektor) begrenzt werden. Die Eigenanteile liegen im Bundesdurchschnitt mittlerweile bei fast 2900 Euro monatlich. „Wenn die Pflege nicht massiv reformiert wird, werden die Eigenanteile der Angehörigen und der zu Pflegenden bald unbezahlbar hoch sein“, kommentierte der Bundesgesundheitsminister kürzlich.

Die Reform der Pflegeversicherung kann nicht isoliert von Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung betrachtet werden, da aller Wahrscheinlichkeit nach eine zukünftige Bundesregierung darauf achten wird, die Lohnnebenkosten wieder verschärft zu begrenzen. Daher spielt bei allen Reformen die Überlegung, wie sie sich finanztechnisch auf das Gesamtsystem auswirken, eine große Rolle.



Das Tool errechnet u. a. wie viel ärztliches Personal in einer Abteilung benötigt wird.

Erste Schritte für ein flächendeckendes Personalbemessungssystem Dauerhaft am Limit

Die Personalsituation in Krankenhäusern und mit ihr die physische und psychische Belastung von Ärzt:innen sind Umfragen zufolge mittlerweile dramatisch. Darauf macht die Bundesärztekammer (BÄK) aufmerksam. Seit Ende 2018 entwickelt die BÄK bereits Überlegungen zur besseren Personalbemessung. Im Rahmen der vom Bundesgesundheitsministerium vorgesehenen Krankenhausreform ist auch die Erarbeitung eines „Konzeptes zur Ermittlung einer bedarfsgerechten ärztlichen Personalausstattung“ im stationären Bereich geplant, das explizit in enger Abstimmung mit der BÄK erfolgen soll.

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 hatte hervorgehoben, dass eine „patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung“ der „Dreh- und Angelpunkt“ für eine nachhaltige, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sei. Eine verlässliche Antwort auf die Frage, wie viel ärztliches Personal in einer Abteilung benötigt wird, um alle anfallenden Aufgaben im Sinne einer guten Patientenversorgung durchführen zu können, gebe das ärztliche Personalbemessungssystem der BÄK (ÄPS-BÄK).

Die BÄK hatte schon in einem Positionspapier von 2019 „Prinzipien und Kriterien zu Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus“ gewarnt, dass viele Ärzt:innen im Krankenhaus am Rande der Belastungsgrenzen arbeiteten, was zu einer Gefährdung der Arztgesundheit und der Patientensicherheit führen könne. Eine inadäquate ärztliche Personalausstattung habe gravierende Auswirkungen nicht nur unmittelbar auf die Patientenversorgung, sondern auch über die ärztliche Weiterbildung mittelbar auf die künftigen Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Patientinnen und Patienten, mahnte auch der 128. Deutsche Ärztetag.

Psychische und physische Belastung

Eine Umfrage des Arbeitskreises junge Ärztinnen und Ärzte im Hartmannbund unter 850 Assistenzärzten zum Thema „Salutogenese“ (Entstehungs- und Erhaltungsprozess von Gesundheit) im Jahr 2022 ergab, dass die Befragten durch den Krankenhausalltag psychisch und physisch oft überlastet seien. Dies lasse sich vor allem auf die zu hohe Arbeitsbelastung zurückführen. Etwa 90 % der Umfrageteilnehmenden arbeiteten deutlich mehr als es ihrem Stellenanteil entspreche. „Ohne Balance zwischen Belastung und

Entspannung steigt das Gesundheitsrisiko unseres Berufes immer mehr. Hier muss dringend nachgebessert werden“, fordert Dr. Moritz Völker, Vorsitzender des Arbeitskreises. 66 % gaben an, dass ihre Abteilung praktisch dauerhaft am Limit arbeite. „Jeder zweite plant eine Reduzierung des Stellenanteils, um wieder auf eine gesunde Arbeitspensum zu kommen – das würde unser Gesundheitssystem völlig überlasten.“

Das ÄPS-BÄK, das auf Beschluss des 126. Deutschen Ärztetages 2022 erarbeitet wurde, soll als Grundlage für die Personalplanung dienen und im Diskurs mit nichtärztlichen Entscheidungsträgern unterstützen, wie die Bundesärztekammer erklärt. In das System können Daten über eine Krankenhausabteilung, darunter Anzahl an Ärzt:innen, Fallzahlen, Bereitschaftsdienste oder Ausfallzeiten eingegeben werden. Berechnet werde, wie viele Ärzt:innen in einer Abteilung für eine vollumfängliche Erfüllung aller notwendigen Aufgaben gebraucht würden. Zu den Aufgaben zählen gesetzliche und regulative Beauftragungen, Qualitätssicherung, Führungsaufgaben, Tätigkeiten im Rahmen von Weiterbildung, Fortbildung und Ausbildung, Vernetzung und Kooperation, Administration, Organisation und Dokumentation sowie ärztliche Tätigkeiten im Rahmen der Versorgung besonderer versorgungsaufwändiger Patientengruppen. Den einzelnen Tätigkeiten sind dabei Zeitwerte zugeordnet, mit denen der Gesamtbedarf ärztlicher Leistungen in einer Abteilung bestimmt werden kann sowie die Zahl der Vollzeitstellen, die für die entsprechende Arbeit benötigt werden. Das System sei derzeit in mehr als 30 Krankenhausabteilungen im zweiten Pretest im Einsatz, so die BÄK auf dem 128. Deutschen Ärztetag 2024. Große Fachgebiete würden dabei primär bearbeitet. Es bleibt ein spannendes Projekt.

Ärzeschaft fordert EU-Strategie gegen Lieferengpässe Noch kein Ende der Probleme in Sicht

Der Winter steht vor der Tür und erneut häufen sich Medienberichte über Lieferengpässe bei Arzneimitteln. Der Deutsche Apothekerverband berichtete zuletzt von knapp 500 Medikamenten, die derzeit von Lieferengpässen betroffen seien. Und auch die Ärzteschaft warnte vor immer größeren Lücken in der Medikamentenversorgung in Deutschland sowie in ganz Europa. Die Lage werde durch die Verlagerung der Produktionsstätten von Pharmaunternehmen nach Asien zusätzlich verschärft.

Die Ärzteschaft forderte die Politik zu entschiedenerem Handeln auf. Die bisher auf nationaler und europäischer Ebene ergriffenen Maßnahmen reichten nicht aus, um die Probleme zu lösen. Im Rahmen der 69. Konsultativtagung der deutschsprachigen Ärzteorganisationen wurde eine Communiqué verabschiedet, in der sich für eine EU-Strategie gegen die Arzneimittel-Lieferengpässe eingesetzt wird.

Dr. Hans-Peter Hubmann, Vorsitzender des Deutschen Apothekerverbands (DAV), berichtete in seinem politischen Lagebericht auf der Fachmesse „expopharm“ im Oktober 2024, dass aktuell Engpässe unter anderem bei Antibiotika, Blutdrucksenkern, Schmerzmitteln, Krebsmedikamenten, Insulinen und sogar Kochsalzlösung bestünden. Mathias Arnold, Vizepräsident der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), erklärte in einem Interview mit der „Passauer Neuen Presse“ im Oktober 2024, dass auch manche Impfstoffe nicht in der gebrauchten Menge verfügbar seien. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) befürchtete, dass auch Fiebersäfte für Kinder knapp werden könnten, wie in der letzten Herbst-Winter-Saison 2023/2024.

Ergebnisse der Evaluation entscheidend

Im Sommer 2023 war das Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVG) in Kraft getreten. Das Gesetz soll die Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln kurz- und langfristig stärken. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Verfügbarkeit von Kinderarzneimitteln. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) hatte in der Bundespresskonferenz am 5. April 2023 unter anderem „schnelle Effekte“ bei Antibiotika durch das ALBVG angekündigt: „Die Wirkstoffproduktion bei Antibiotika aufzubauen ist nicht so komplex. Wenn ich das aufbaue und der erste bin, der das anbieten kann, hab’ ich ja ein garantiertes Los. Man hat mir erklärt, dass dauere drei Monate. Von daher: Schnell heißt: in Monaten.“ Und hinsichtlich der Stärkung der Versorgungssicherheit bei patentfreien Krebsarzneimitteln sprach der Bundesgesundheitsminister von ein, zwei Jahren, bis das Problem gelöst sei.

Zum Stand der Umsetzung des ALBVG hat die Bundesregierung in einer Antwort auf eine Kleine Anfrage im Bundestag darauf hingewiesen, dass der GKV-Spitzenverband dem Bundesgesundheitsministerium bis zum 31. Dezember 2025 einen Bericht zur Umsetzung der durch das ALBVG eingeführten, der Verbesserung der Arzneimittelversorgung dienenden Regelungen vorlegen muss. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) habe dem Ministerium ebenfalls bis Ende 2025 einen Bericht darüber vorzulegen, wie sich die durch das ALBVG eingeführten Änderungen auf die Versorgungslage mit Arzneimitteln ausgewirkt haben. Die Ergebnisse der Evaluation blieben abzuwarten.

Laut Apothekerverband hat es bürokratische Erleichterungen beim Austausch von nicht lieferbaren gegen tatsächlich verfügbare



Wird Europa auf asiatische Produktionsstätten angewiesen sein?

Medikamente gegeben. „Doch wenn in den Apotheken bestimmte Wirkstoffgruppen gar nicht mehr aus der Industrieproduktion ankommen, dann muss man sagen, dass die versprochenen Verbesserungen kaum spürbar sind“, beanstandete Hubmann.

Strategie abseits des Asien-Marktes notwendig

In dem angesprochenen Communiqué der deutschsprachigen Ärzteorganisationen wird zudem auf die Schließung des Standorts eines großen Unternehmens nach über 100 Jahren Produktion des Schmerzmittels Metamizol in Deutschland Ende 2025 aufmerksam gemacht. „Das bedeutet die Schließung des letzten europäischen Werks für dieses Schmerzmittel. Europa wird von da an komplett auf China angewiesen sein“, warnten die Ärzteorganisationen und betonten: „Wir brauchen Medikamente und Medizinprodukte, um unsere Patientinnen und Patienten zu versorgen.“

Die Ärzteschaft forderte daher die europäische Union auf, eine Strategie gegen die zunehmende Abhängigkeit von asiatischen Produktionsstätten zu entwickeln. Gebraucht werde eine Diversifizierung von Lieferketten, eine nachhaltige Stärkung der Produktion sowohl von Arzneimitteln als auch von Wirkstoffen in Europa und wirksame Maßnahmen für eine ausreichende Vorratshaltung.

Gesundheitsinformationen in sozialen Netzwerken auf dem Prüfstein

Vornehmlich eine Bildungsfrage

Als Quelle für Gesundheitsinformationen spielt das Internet eine „entscheidende Rolle“; wie unter anderem die „HINTS Germany“-Studie der Stiftung Gesundheit (Träger PKV-Verband) zeigt. Social Media gewinne dabei immer mehr an Bedeutung, vor allem bei jüngeren Zielgruppen, berichtet zudem die Verbraucherzentrale. Doch die Qualität von Gesundheitsinformationen im Netz sei sehr unterschiedlich: „Die Suche im Netz ist nicht nur vorteilhaft, sondern birgt auch Risiken.“ Die Verbraucherzentrale bemängelt, dass es an systematischer Kontrolle für Gesundheitsinformationen im Internet fehle.



2021 startete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Initiative „Globale Grundsätze für die Identifizierung glaubwürdiger Quellen von Gesundheitsinformationen in sozialen Medien“. Darauf fußend wurde unter anderem 2023 auf der Plattform YouTube eine Kennzeichnung zuverlässiger Quellen für Gesundheitsinformationen eingeführt. Um verlässliche Gesundheitsinformationen identifizieren zu können, wird auch die Notwendigkeit betont, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Auch die Ärzteschaft fordert Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung.

Laut der „HINTS Germany“-Studie greift rund ein Drittel der Befragten auf das Internet zurück, wenn es um die Suche nach Gesundheitsinformationen geht. Sie reichen von Vorsorgeuntersuchungen oder Diagnoseverfahren bis zur Behandlung und Nachsorge von Erkrankungen. Eine Analyse der Hochschule Heilbronn von 2020, in der Verlinkungen zwischen gesundheitsrelevanten Internetseiten untersucht wurden, hat ergeben, dass etwa 13,5 Millionen deutschsprachige Websites von öffentlichen Institutionen

wie dem Robert Koch-Institut (RKI), dem Bundesgesundheitsministerium oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, aber auch Medien wie das Deutsche Ärzteblatt oder die Apotheken-Umschau sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen. „Hinzu kommen Social Media-Kanäle wie YouTube, Instagram oder TikTok, wo Influencer:innen über Gesundheitsthemen sprechen und nicht selten Produkte bewerben und vermarkten oder Coachings und Seminare anbieten“, erklärt die Verbraucherzentrale. Gute und verlässliche Gesundheitsinformationen von falschen und gefährlichen Gesundheitsinformationen zu unterscheiden, sei dabei nicht einfach.

Ungenügender Verbraucherschutz

Ein weiteres Problem: „Gesundheitsinformationen im Internet werden bisher nur ungenügend geprüft“, wie die Verbraucherzentrale beklagt. Verbraucher seien bisher also nicht gut geschützt. „Das liegt an der schieren Menge von Angeboten, aber auch daran, dass viele Behörden unterbesetzt sind und ein Wirrwarr an Zuständigkei-

ten herrscht“, so die Verbraucherzentrale. Es gehe um einen großen Markt. Das Gesamtvolumen des deutschen Gesundheitsmarktes belief sich 2021 auf rund 474 Mrd. Euro. Doch für Gesundheitsinformationen im Internet gebe es bislang keine systematische Kontrolle. „Es gibt sozusagen keine medizinische Homepage-Polizei“, moniert die Verbraucherzentrale. Irreführende oder falsche Inhalte im Bereich der Gesundheitsinformation würden zwar vermehrt als Problem thematisiert, aber angesichts einer vermutlich hohen Zahl von Verstößen geschehe nur wenig.

Die National Academy of Medicine (NAM) und die WHO hatten 2021 eine Initiative gestartet, in der sie Unternehmen aus dem Bereich der sozialen Medien und andere digitale Plattformen ermutigen, „globale Prinzipien zur Identifizierung glaubwürdiger Quellen für Gesundheitsinformationen in ihren Kanälen anzuwenden“. Interessenvertreter – einschließlich medizinischer Fachkräfte und Fachleute des öffentlichen Gesundheitswesens – hätten ernsthafte Bedenken hinsichtlich der Qualität und Zuverlässigkeit von Gesundheitsinformationen in den sozialen Medien geäußert, „da es keine Standards oder Vorschriften für die Veröffentlichung von Informationen und die Überwachung von Inhalten gibt“, heißt es in dem Diskussionspapier zur Initiative. Diese Bedenken seien während der COVID-19-Pandemie noch verstärkt worden. „Zwar sind Fehlinformationen und Desinformationen zu Gesundheitsthemen weder neu noch einzigartig in den sozialen Medien, doch der virale Charakter einiger Beiträge, die Algorithmen der Plattformen, die populäre Inhalte hervorheben, und die begrenzten Ressourcen zur Überprüfung aller in den sozialen Medien geposteten Beiträge verstärken die Menge an Fehlinformationen, denen die Leser in allen sozialen Medienkanälen ausgesetzt sind“, wird in dem Papier erklärt.

Folgende grundlegende Prinzipien glaubwürdiger Quellen für Gesundheitsinformationen werden in dem Diskussionspapier angeführt:

- **Wissenschaftlich fundiert:** Quellen sollten Informationen liefern, die mit den zum jeweiligen Zeitpunkt besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen übereinstimmen und den Standards für die Erstellung, Überprüfung und Aufbereitung wissenschaftlicher Inhalte entsprechen.
- **Objektiv:** In den Quellen sollten der Einfluss finanzieller und sonstiger Interessenkonflikte sowie jeglicher Voreingenommenheit, die die Qualität der darin enthaltenen Informationen beeinträchtigen können, so gering wie möglich gehalten sein.
- **Transparent und nachvollziehbar:** In den Quellen sollten der möglicherweise begrenzte Umfang der darin enthaltenen Informationen sowie Interessenkonflikte, inhaltliche Fehler oder sonstige Verfehlungen offengelegt sein.

Inzwischen haben Unternehmen von sozialen Netzwerken Kennzeichnungen von Gesundheitsinformationen eingeführt. Ein Beispiel dafür ist „YouTube Health“. Nutzerinnen und Nutzern

soll dadurch die Suche nach zuverlässigen Informationen zu gesundheitsbezogenen Themen erleichtert werden. So werden der Plattform zufolge „Kontextinformationen“, wie die Quelle der Gesundheitsinformation, bei manchen gesundheitsbezogenen Suchanfragen angezeigt. Berufe aus dem Gesundheitswesen, wie approbierte Ärzte und Psychotherapeuten, die einen Kanal auf der Plattform haben, können dabei in die Gruppe „zuverlässiger Quellen in Gesundheitsinformationen“ aufgenommen werden. Dabei würden die von der NAM entwickelten und von der WHO validierten Kriterien angewendet. Ebenfalls könnten sich Gesundheitsorganisationen (z. B. Gesundheitsmedien) bewerben, in denen eine zugelassene Fachkraft in einer der oben genannten Kategorien die Gesundheitsinhalte, die die Organisation auf YouTube veröffentlicht, kontrolliert und überprüft.

Das Ziel: Steigerung von Gesundheitskompetenz

Die Autoren des Diskussionspapiers der NAM und WHO waren sich jedoch darüber im Klaren, dass die Identifizierung glaubwürdiger Quellen möglicherweise nicht ausreicht, um sicherzustellen, dass die Verbraucher Zugang zu qualitativ hochwertigen Informationen haben, und dass die Unternehmen der sozialen Medien möglicherweise parallele Strategien anwenden müssten, „wie z. B. die Bewertung von Inhalten, den Umgang mit Fehlinformationen, die Förderung von Gesundheitskompetenz und kulturell kompetenter Kommunikation sowie die Entwicklung von Möglichkeiten zur Selbstregulierung der Quellen, um dieses komplexe Problem wirklich anzugehen“.

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken sieht auch die Verbraucherzentrale als notwendig an. Eine Studie der Universität Bielefeld ergab, dass rund 60 % der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2020 über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügten – „eine Verschlechterung im Vergleich zu 2014“. „Eine große Gruppe hat also Schwierigkeiten, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, richtig einzuordnen bzw. sie zu beurteilen und anzuwenden“, mahnt die Verbraucherzentrale. Besonders gering sei die Gesundheitskompetenz bei Menschen mit geringer Bildung, niedrigem Sozialstatus, mit Migrationserfahrung, im höheren Lebensalter und mit chronischer Erkrankung. Die digitale Gesundheitskompetenz habe sich zwar während der Corona-Pandemie etwas verbessert, sie sei aber im Vergleich zur allgemeinen Gesundheitskompetenz noch deutlich geringer ausgeprägt.

Das Bündnis Gesundheit, dem auch die Bundesärztekammer (BÄK) und der Hartmannbund angehören, setzt sich ebenfalls für die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ein. So wird in einem Thesenpapier des Bündnisses, das im September 2024 veröffentlicht wurde, gefordert, dass Gesundheitsbildung als Bestandteil der Primärprävention bereits in den Schulunterricht aufgenommen werden müsse. Darüber hinaus sollte die Kultusministerkonferenz eine länderübergreifend abgestimmte Strategie entwickeln, mit der die Förderung von Gesundheitskompetenz im Alltag von Eltern, Kindern und Jugendlichen sowie in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen nachhaltig verankert werden könne. Gesundheitskompetenz sei zudem maßgeblich, um die Eigenverantwortung der Bevölkerung fördern und fordern zu können.

Wahlfach Culinary Medicine für das Medizinstudium Pilotprojekt vereint Gesundheits- und Nachhaltigkeitsaspekte

Ernährungsabhängige Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes mellitus und koronare Herzkrankheiten zählen zu den größten gesundheitlichen Herausforderungen weltweit. Dennoch sind ernährungsmedizinische Inhalte im Medizinstudium unterrepräsentiert. Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) sowie medizinische Fachverbände fordern daher eine Stärkung der Ernährungsbildung im Medizinstudium.



Die Frage ist, ob die neue Beratungskompetenz Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz in Zukunft haben wird.

Einen Beitrag dazu soll ein neues Wahlfach „Culinary Medicine“ für den vorklinischen Abschnitt des Medizinstudiums leisten, das vom Institut für Ernährungspsychologie an der Georg-August-Universität Göttingen/Universitätsmedizin in Kooperation mit Culinary Medicine Deutschland e. V. basierend auf den Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) entwickelt wurde. In den Empfehlungen werden neben Gesundheitsaspekten auch Nachhaltigkeitsaspekte berücksichtigt. Das Wahlfach befindet sich seit April 2024 im Piloteinsatz. Unterstützt wird das Projekt mit einer Fördersumme von 75.000 Euro durch die Rut-und-Klaus Bahlsen Stiftung.

„Das Wahlfach soll Studierenden die Möglichkeit bieten, aktuelle Ernährungsempfehlungen und daraus abgeleitete Präventionsstrategien praxisnah zu erlernen“, erklären das Institut für Ernährungspsychologie an der Georg-August-Universität Göttingen/Universitätsmedizin und Culinary Medicine Deutschland e. V.. Rund 70-80 % aller Erkrankungen hätten einen Ernährungshintergrund. Zudem sei die Beeinträchtigung der planetaren Gesundheit durch klimatische und Umweltveränderungen, die durch verschiedene Ernährungsmuster vorangetrieben werde, mit schwerwiegenden Folgen für die menschliche Gesundheit verbunden wie z. B. verstärkter Hitzebelastung sowie der Zunahme von kardiovaskulären, respiratorischen und Infektionskrankheiten.

Essverhalten wird analysiert

Die DGE hatte im März 2024 neue Ernährungsempfehlungen veröffentlicht. Der Empfehlung liegt ein Algorithmus zugrunde,

der Gesundheitsaspekte (Ziel: Reduktion der Krankheitslast) und Umwelt- bzw. Nachhaltigkeitsaspekte (Ziel: Reduktion von Treibhausgasemissionen und Landnutzung) gleichermaßen optimieren soll. Zudem geht auch das bisherige Essverhalten der Menschen in Deutschland in die Empfehlungen ein. So hat die Fachgesellschaft das grundlegende Konzept der „Planetary Health Diet“ der EAT Lancet Commission lokal adaptiert. Die Planetary Health Diet ist eine globale Referenzdiät für Erwachsene, die symbolisch durch einen halben Teller mit Obst, Gemüse und Nüssen dargestellt wird. Die andere Hälfte besteht hauptsächlich aus Vollkorngetreide, pflanzlichen Proteinen (Bohnen, Linsen, Hülsenfrüchte), ungesättigten pflanzlichen Ölen, kleineren Mengen an Fleisch und Milchprodukten sowie etwas zugesetztem Zucker und stärkehaltigem Gemüse. „Die Diät ist recht flexibel und ermöglicht eine Anpassung an Ernährungsbedürfnisse, persönliche Vorlieben und kulturelle Traditionen“, führt die EAT Lancet Commission aus.

Studierende erarbeiten Musterrezepte

Das primäre Ziel von Culinary Medicine sei die Verbesserung der ernährungsmedizinischen Beratungskompetenzen der zukünftigen Ärzt:innen, erläutern das Göttinger Institut für Ernährungspsychologie und Culinary Medicine Deutschland e. V.. Dazu würden die neuen DGE-Ernährungsempfehlungen von den Studierenden in der Lehrküche in Musterrezepte übersetzt und gemeinsam zubereitet. Die Studierenden erarbeiteten sowohl die Musterrezepte wie auch ein kurzes Referat als Teil der Kursleistung vorab selbst und brächten diese im Sinne des „Inverted Classroom-Ansatzes“ in die Lehrveranstaltung ein. Dabei orientierten sich die Referatsthemen auch am Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM).

Parallel zur Pilotierung des Wahlfachs erfolgt eine Evaluation der Lerneffekte mittels eines Online-Fragebogens. Durch die Evaluation soll insbesondere untersucht werden, ob sich die ärztliche Beratungskompetenz im Fach Ernährungsmedizin hinsichtlich Prävention, Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit verbessert.

Für den klinischen Teil des Medizinstudiums gibt es an der Universitätsmedizin Göttingen bereits seit 2020 das Wahlfach Culinary Medicine, in dem die Therapie von ernährungsassoziierten Erkrankungen im Vordergrund steht. Dieses Lehrangebot wurde bereits von den Universitäten Gießen, Medizinische Hochschule Brandenburg, Bonn und Graz für das Medizinstudium übernommen. Die Universitäten Kiel und Hohenheim lehren das klinisch zentrierte Wahlfach Culinary Medicine im Studiengang Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften bzw. Ernährungswissenschaft.

DEINE WELT STEHT KOPF?

Wir helfen Dir.



Cooler Netzwerk



Kostenlose Haftpflichtversicherung



Professionelle Beratung

Jetzt Mitglied werden!



www.hartmannbund.de/studierende



Hartmannbund

STARK FÜR MEDIZINSTUDIERENDE.

Aktuelles aus dem Studierendenausschuss

Die Gesundheitsversorgung von morgen jetzt gestalten

In diesem Herbst haben die Studierenden ihre Ausschusssitzung anders als sonst gestaltet und nicht nur Input von außen eingeholt, sondern auch den Sitzungsort verlegt, um zusätzliche Impulse und noch tiefere Einblicke in die zukünftigen Herausforderungen zu erhalten.

Anfang Oktober war der Ausschuss nach Forchheim zu Siemens Healthineers eingeladen. Hier durften die Studierenden die Produktion besichtigen und konnten sich über alle Schwierigkeiten informieren, die weltweit in Zusammenhang mit medizintechnischer Versorgung bestehen. Außerdem wurde ihnen das komplette Angebot, das Siemens Healthineers auf diesem Sektor anbieten kann, vorgestellt, sodass sich der Ausschuss nun ein Bild von dem machen kann, was durch digitalisierte Technik heute schon möglich ist und wie das die zukünftige Gesundheitsversorgung verändern kann. Im Anschluss hatten die Studierenden die Gelegenheit, mit dem Marketingleiter des Unternehmens über die Zukunft der Branche und der ärztlichen Arbeitsweise zu sprechen, Befürchtungen zu adressieren und neue Aspekte der Versorgungsrealitäten in anderen Ländern kennen zu lernen.



Der Ausschuss bei Siemens Healthineers zusammen mit Klaus Rinkel

Das Fazit der Studierenden fiel einheitlich aus: Die Exkursion war nicht nur unglaublich spannend, sondern hat allen nochmal stärker vor Augen geführt, wie wichtig es ist, dass die zukünftige Ärztegengeneration sich weiterhin für die Integration von Digitalisierung als Themenfeld im Studium einsetzt, damit unsere Gesellschaft mit der Zeit gehen kann. Der Besuch hat sich gelohnt und etwas Ähnliches soll im Rahmen der Sitzungsplanung künftig öfter organisiert werden!

Der zweite Sitzungstag machte dann einen Standortwechsel erforderlich. Weil es in der Umgebung von Siemens Healthineers keine entsprechenden Räumlichkeiten gab, zog der Ausschuss nach Nürnberg in das Gebäude der KV um. Der Landesverband Bayern, im Besonderen Landesvorsitzender Dr. Gradel, hatte diese Möglichkeit für die Studierenden organisiert. Gemeinsam mit der Expertin für dieses Thema, Frau Gertz, widmete sich die Sitzung nun den ver-

schiedenen Problemlagen im Bereich von Fehlerkultur und diskutierte Ansätze und Methoden, die es in Krankenhäusern und Praxen für eine Verbesserung bräuchte. Auch im Studium müssten diese stärker eingebunden werden, war sich der Ausschuss einig.

Im Anschluss ging es um die immer noch ausstehende Neuerung der Approbationsordnung. Da inzwischen relativ klar ist, dass diese nicht zeitnah kommen wird, setzen die Studierenden sich jetzt für eine Modernisierung der Studienstruktur ein, die unabhängig von einer neuen Approbationsordnung möglich sein soll und nicht der Finanzierungszusage aller Bundesländer bedarf.

Neben den genannten und verschiedenen kleineren Diskussionssthemen stand für die Herbstsitzung auch noch die Wahl eines neuen Vorstandes auf der Tagesordnung. Gewählt wurden Kim Gärtner, Peter Schreiber, Mika Lehner, Margarita Karaivanova und Markus-Benedikt Mahlendorf.

Der neugewählte Vorstand möchte in seiner Legislatur gerne auch das Thema Univerterter:innen angehen und sich damit beschäftigen wie diese noch besser „abgeholt“ werden können, wie generell neuen Univerterter:innen ein guter Einstieg in das Amt ermöglicht werden kann und wie noch mehr Kommiliton:innen für den Ausschuss gewonnen werden können. Insgesamt soll der Ausschuss der Studierenden noch präsenter werden. Für Ideen, Anregungen oder Fragen melden Sie sich gerne unter medizinstudium@hartmannbund.de.



Der neugewählte Vorstand der Studierenden

Ärztliche Karrierewege im Gesundheitswesen

Wie der Executive MBA Ärzt:innen auf Führungsaufgaben vorbereitet



Ärztliche Berufswege kommen ohne Managementwissen und Führungskompetenz nicht aus. Ob in der Klinik, der Niederlassung oder in anderen Bereichen: die ökonomische Seite des Gesundheitswesens ist ein Must-Know. Ärztliche Fachkompetenz zusammen mit Managementwissen sind die Grundlage für eine Karriere mit nachhaltigem Erfolg. Der Executive MBA der SRH Fernhochschule ist genau auf die Bedürfnisse von Ärzt:innen zugeschnitten und hat sich bewährt.

Seit 2018 haben über 100 Ärzt:innen Ihren MBA dort absolviert. Er vermittelt anwendungsorientierte und zielgerichtete Management- und Leadership Kompetenzen, wirtschaftliches Methodenwissen sowie Anwendungskennntnisse aus dem Projekt- und Change-Management. Diese Top-Skills qualifizieren bestens auf ärztliche Führungspositionen und wichtige Leitungs- und Gestaltungsaufgaben in Kliniken, ambulanten Einrichtungen oder in der Gesundheitswirtschaft.

Dr. Christoph Wolfram ist im letzten Jahr seiner Facharztausbildung zum Kardiologen und absolviert den Executive MBA für Ärzt:innen. Er sieht den Studiengang als ideale Möglichkeit, seine **Karriere breiter und zukunftsorientierter** aufzustellen sowie neue berufliche Optionen zu erschließen. „Der MBA vermittelt wesentliche Kenntnisse in Bereichen wie Finanzmanagement, Personalführung und strategischer Planung – Kompetenzen, die für die Übernahme von Führungsverantwortung in Krankenhäusern, Gesundheitsorganisationen oder größeren Arztpraxen unerlässlich sind. Außerdem möchte ich meine Kommunikations- und Verhandlungskompetenzen weiterentwickeln, um die Zusammenarbeit in **interdisziplinären Teams** effektiver zu gestalten. Besonders gut gefallen hat mir, dass es **vollständig online** absolviert werden konnte. Diese **Flexibilität** war für mich ideal, da ich mein Studium problemlos in meinen **Berufsalltag integrieren** konnte. Ich konnte mein Studium so gestalten, dass es meinen individuellen Bedürfnissen entsprach, beruflich und privat. Ein weiterer großer Vorteil war die **Praxisnähe** des Studiums. Ich konnte viele berufliche Inhalte einbringen, sowohl in den Hausarbeiten als auch in der Abschlussarbeit.“

Die **schnelle Unterstützung** bei Fragen machen das Studium für ihn zu einer durchweg positiven Erfahrung.

Eine Auswahl an MBA-Thesentiteln illustriert die Praxisnähe und Vielfalt der Themen – mit direktem Nutzen für den beruflichen Alltag:

- Stand der Digitalisierung in der stationären Regelversorgung: eine Demoskopie unter Assistenzärzten als Repräsentanten eines Bereichs der intensivsten digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Dabei wurden Assistenzärzte im Krankenhaus nach ihren Erfahrungen und Einschätzungen im Zusammenhang mit der Nutzung digitaler Workflows befragt.
- Prozessoptimierung durch Digitalisierung in der Hochschulambulanz einer Klinik für Augenheilkunde
- Berechnung der Wirtschaftlichkeit eines eigenen OP und Vergleich mit dem Betriebsmodell eines Belegarztes – Fallbeispiel einer orthopädischen Praxis
- Weiterbildungskooperation in der Chirurgie – eine empirische Machbarkeitsstudie
- Implementierung und Effizienzanalyse des Qualitätsmanagementsystems QEP in einer Facharztpraxis
- Motivation im Mitarbeitergespräch – Ist das Mitarbeitergespräch ein geeignetes Führungsinstrument zur Mitarbeitermotivation für zukunftsorientierte Klinikbetriebe?
- Die Reduktion des CO₂-Fußabdruckes im ambulanten Gesundheitswesen – eine Erhebung der Umsetzungskompetenz und -absichten klimafreundlicher Maßnahmen in deutschen Arztpraxen.

Mehr Informationen zum flexiblen Online-Studium Executive MBA für Ärzt:innen finden Sie unter www.mobile-university.de/mba-fernstudium/mba-aerzte

Durch den Abschluss des Executive MBA hat **Dr. Carola Winkler** als Fachärztin für Allgemeinmedizin die Möglichkeit erhalten, als ärztliche Leitung ein MVZ aufzubauen. Während der Corona Pandemie übernahm sie die ärztliche Leitung eines Impfzentrums.

Dr. Johannes Wach, Oberarzt für Neurochirurgie an einem Universitätsklinikum und ebenfalls MBA-Absolvent, profitierte von der breiten Themenauswahl im Studium. „Das Studium hat mir geholfen, viele alltägliche Dinge in der Patientenversorgung nochmals aus anderer Sichtweise zu reflektieren. Hierzu zählen Punkte wie strukturell-organisatorische Fragen, Wirtschaftlichkeit und die gesamte Struktur in-

nerhalb einer Organisation auf dem Sektor der stationären Versorgung.

Dr. Frederic Kube, Digital Medical Program Lead Oncology bei Pfizer, hebt den MBA für Ärzt:innen als wertvolle Grundlage hervor, um umfassendes Wissen über die geschäftlichen Prozesse in verschiedenen Gesundheitsbereichen zu erwerben. „Die vermittelten Qualifikationen sind zudem flexibel in weiteren Aufgabenbereichen anwendbar. Aktuelle Themen wie e-Health, KI, agiles Arbeiten und digitale Versorgungsprozesse unterstützen mich täglich bei meinen crossfunktionalen Aufgaben – eine ideale Grundlage für künftige Herausforderungen an der Schnittstelle von Medizin und Management.“

Erweiterte Sonderkonditionen für die Praxislizenz bis 31. Dezember

Hausärztliche Behandlungsempfehlungen grundlegend optimiert



Sonderaktion zur neuen AMBOSS-Praxislizenz bis 31.12.

Die neue Praxislizenz ermöglicht die Nutzung von AMBOSS für die gesamte Praxis – zu vergünstigten Konditionen gegenüber der persönlichen Einzellizenz – und kann von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aller Fachrichtungen genutzt werden. Interessierte Praxen können auf folgender Seite ein unverbindliches Angebot für ihre Praxis anfragen:

Für fachärztliche Praxen:
go.amboss.com/facharztliche-praxis
 Für hausärztliche Praxen:
go.amboss.com/hausarztliche-praxis

Die Sonderaktion für Hartmannbund-Mitglieder zum Start der neuen Praxislizenz wurde bis Ende des Jahres verlängert: Beim Kauf einer Praxislizenz bis 31.12. erhalten Sie zusätzlich 2 Monate kostenfrei. Im Kaufprozess vor Abschluss einfach den Code „HARTMANNBUND3112“ eingeben und automatisch die ersten 2 Monate kostenfrei sichern!



Die AMBOSS-Inhalte werden stetig für alle Fachrichtungen erweitert und aktualisiert, um den täglichen Herausforderungen im Praxisalltag gerecht zu werden. Zuletzt lag der Fokus auf hausärztlichen Fragestellungen. Die entsprechenden Behandlungsempfehlungen wurden grundlegend optimiert.

Als zentraler Kontakt für Patientinnen und Patienten werden insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte mit vielen interdisziplinären Krankheitsbildern konfrontiert und müssen vielfältige, mitunter zeitkritische Entscheidungen treffen. Neben rein hausärztlichen Kapiteln wie „Impfkalender“ und „Akute unkomplizierte Atemwegsinfektionen“ finden sich in AMBOSS ambulante Handlungsempfehlungen zu häufigen Krankheitsbildern (beispielsweise COPD, Diabetes

mellitus und Depression) sowie interdisziplinäre Kapitel wie „Hypothyreose“.

Der neue „Leitfaden Allgemeinmedizin“ in AMBOSS unterstützt zudem Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung während der Einarbeitungszeit und bei den täglichen Herausforderungen in der Praxis. Eine ausführliche Zusammenstellung praxisrelevanter Themen bietet Orientierung und Struktur: von administrativen Inhalten über Basisdiagnostik und häufige Beratungsanlässe bis hin zu Notfällen.

Befundinterpretation bei Verdacht auf Hypothyreose – fachübergreifend relevant

Das AMBOSS-Kapitel „Hypothyreose“ bietet praxisnahe, leitliniengerechte Handlungsempfehlungen mit übersichtlichen Diagnostik- und Therapiepfaden – nicht nur für die hausärztliche Praxis, sondern auch für andere Fachdisziplinen wie Pädiatrie oder Gynäkologie. Denn auch auf das Vorgehen bei Kinderwunsch und Schwangerschaft wird zum Beispiel ausführlich eingegangen.

In der Diagnostik der Hypothyreose ist es entscheidend, erhöhte TSH-Werte differenziert zu betrachten. Dies ist insbesondere bei älteren Menschen relevant, da der TSH-Wert im Alter physiologischerweise ansteigt. Nur leicht erhöhte TSH-Werte führen nicht selten zu diagnostischen Unsicherheiten und in der Konsequenz ggf. zu Überdiagnostik und -therapie. Diese Aspekte werden in der aktuellen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) berücksichtigt.

Ergänzend zum Kapitel ist die AMBOSS-Podcast-Folge „Erhöhter TSH-Wert: Praktische Tipps für Diagnostik und Therapie“ erschienen, in der Dr. Jeannine Schübel, Mitautorin der aktuellen DEGAM-Leitlinie, fundiert auf wichtige Fragestellungen rund um das Thema Hypothyreose eingeht. Zusätzlich können mit dem Refresher-Kurs „Hypothyreose“ von Hau-

se oder unterwegs 3 CME-Punkte erworben werden.

Depression in der hausärztlichen Versorgung

Hausärztliche Praxen sind häufig die erste Anlaufstelle für Menschen mit depressiven Symptomen: Oftmals wird hier die Erkrankung diagnostiziert und eine erste Therapie eingeleitet. Dies ist von großer Bedeutung, da die Wartezeiten für eine weitere psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung meist sehr lang sind.

Im Abschnitt „Hausärztliche Versorgung“ des AMBOSS-Kapitels „Depression“ werden ausführlich die besonderen Aspekte und Bedürfnisse von Primärversorgenden beleuchtet, unter Einbeziehung der Empfehlungen der aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL).

Besonderer Fokus liegt hierbei auf der Diagnosestellung und Einleitung der Therapie. Abgebildet sind aber auch weitere spezifisch hausärztliche Fragestellungen, beispielsweise Indikationen für eine stationäre Behandlung und Umgang mit Arbeitsunfähigkeit.

Zusätzliche Angebote zu diesem relevanten Thema sind unter anderem die AMBOSS-Podcast-Folge „Depression und Antidepressiva“ sowie der kostenfreie Refresher-Kurs „Unipolare Depression“ (3 CME-Punkte). Alle Inhalte lassen sich in AMBOSS innerhalb der Kapitel oder über die Stichwortsuche aufrufen.

Befunde	Hypothyreose	Hyperthyreose
Metabolisch	Kälteintoleranz Gewichtszunahme Antriebsarmut	Wärmeintoleranz Gewichtsabnahme Gesteigerter Appetit
Neuropsychiatrisch	Gesteigerte Ermüdbarkeit	Reizbarkeit, Unruhe
Periorbital	Periorbitales Ödem (aufgrund generalisierten Myxödems)	Periorbitales Ödem und Exophthalmus (bei endokriner Orbitopathie)
Kardiovaskulär	Bradykardie, Herzinsuffizienz	Tachykardie, Palpitationen, Hypertonie
Haut	Kalt, trocken	Warm, feucht
Gastrointestinal	Obstipation	Diarrhö
Muskuloskeletal	Krämpfe	Osteopathie
Ödem	Generalisiertes Myxödem (initial prätibial)	Prätibiales Myxödem (bei Morbus Basedow)
Myopathie		Proximal
Geschlechtsorgane		♀ Menstruationsstörungen ♂ Verminderte Libido, Unfruchtbarkeit
Haar		Haarausfall

Geopolitische Spannungen und wirtschaftliche Unsicherheiten:

Wo ist der sichere Hafen?

Angesichts globaler Unsicherheiten steht Europa vor erheblichen Herausforderungen. Geopolitische Spannungen, ausgelöst durch den Ukraine-Krieg, belasten die Stabilität der internationalen Märkte und die deutsche Wirtschaft. Die Energiekrise, hohe Inflation und Unsicherheiten im Weltmarkt erhöhen den Druck auf Unternehmen. Zusätzlich verschärft der von Trump angekündigte Protektionismus die Lage.

Für Investoren, die Wert auf Sicherheit legen, ist das Fürstentum Liechtenstein als auch die Schweiz mit ihren politischen Stabilitäten und der wirtschaftlichen Diversifizierung eine verlässliche Alternative. Neben Multinationals wie Nestlé, Novartis und Roche, besteht die schweizerische Wirtschaft aus einem stabilen Mittelstand: KMU machen über 99 % der Unternehmen in der Schweiz aus und schaffen zwei Drittel der Arbeitsplätze im Land. Diese mittelständischen Unternehmen sind in defensiven wie zyklischen Branchen gut aufgestellt, und der SPI Extra Index erzielte in den letzten zehn Jahren, jedes Jahr, eine

um durchschnittlich 2,5 % höhere Rendite als der DAX!

In geopolitisch unsicheren Zeiten gewinnen die beiden Länder als stabiler Hafen an Bedeutung. Der Schweizer Franken wird in Krisenzeiten als eine der stabilsten Währungen geschätzt. Durch politische Neutralität, niedrige Inflation und wenig Staatsverschuldung hat die Schweiz das Vertrauen internationaler Investoren, die langfristig eine Diversifikation ihres Vermögens anstreben.

Individuelles Vermögensmanagement bei der Sigma Bank

Sigma Bank bietet maßgeschneiderte Vermögensverwaltungsstrategien, die speziell für Kunden wie Ärzte und Fachleute entwickelt wurden, die langfristig Vermögen sichern und wachsen möchten. Ausgesuchte Vermögensverwalter verfolgen eine disziplinierte Anlagestrategie und passen die Portfolios, im Takt eines Schweizer Uhrwerks, periodisch den Marktbedingungen an und setzen auf Diversifikation über verschiedene Anlageklassen und Branchen,



um das Risiko zu minimieren und das Renditepotenzial zu steigern.

Fazit: In Zeiten geopolitischer Spannungen und wirtschaftlicher Unsicherheiten ist das Fürstentum Liechtenstein als auch die Schweiz als sicherer Hafen für Kapital von besonderem Wert. Mit politischer und wirtschaftlicher Stabilität, einer starken Währung und einem bewährten Vermögensmanagementsystem bieten sie Investoren eine wirksame Möglichkeit, ihr Kapital zu diversifizieren und gegen globale Unsicherheiten abzusichern – eine relevante Überlegung auch für medizinische Fachkräfte.

Ihre Ansprechpartnerin – Jacqueline Krämer – freut sich über Ihre Kontaktaufnahme unter 00423 239 04 51 oder unter jacqueline.kraemer@sigmabank.com.



Exklusive Preisvorteil für Hartmannbund-Mitglieder

Entdecken Sie über 5.200 Hotels weltweit



Accor bietet mehr als nur Hotels, wir bieten Lösungen für alle Bereiche rund um Ihre Reisen. „Live, Work and Play“, wir bringen Kulinarik, Nightlife, Wohlfühlen und Business zusammen. Erleben Sie eine faszinierende Welt aus Hotels, Resorts, Apartments

und Co-Working Spaces. Wir bieten Ihnen in 110 Ländern ein Portfolio von über 40 Hotelmarken, von Economy bis Luxury, Sie haben die Wahl.

Ihre Gesundheit und Sicherheit bleiben unsere oberste Priorität. Wir haben verstärkte Hygiene- & Präventionsmaßnahmen eingeführt, um Ihre Sicherheit zu gewährleisten. Das von Bureau Veritas verifizierte ALLSAFE-Label steht für unsere neuen erhöhten Sauberkeitsprotokolle und -standards und stellt sicher, dass diese in unseren Hotels eingehalten werden.

Accor engagiert sich stark für Nachhaltigkeit und spielt mit den Programmen Planet 21 und Solidarity Accor eine aktive Rolle, um dem Planeten und der Gemeinschaft etwas zurückzugeben.

Accor hat sich als erste Hotelkette weltweit dazu verpflichtet bis 2050 klimaneutral zu sein und hat sich erst kürzlich der

Sustainable Alliance of Hospitality angeschlossen.

Genießen Sie außerdem alle Annehmlichkeiten unseres Lifestyle-Loyalty-Programms – Accor Live Limitless. Sammeln Sie Punkte bei jedem Aufenthalt und lösen Sie diese bei Ihrem nächsten Aufenthalt oder bei einem unserer vielen Partner ein. Mit ALL Meeting Planner sammeln Sie dazu noch Punkte für jeden von Ihnen durchgeführte Veranstaltung in einem unserer Hotels.

Scannen Sie den Code und melden Sie sich noch heute an.

Accor ist die perfekte Wahl für Ihre geschäftlichen Aufenthalte. Profitieren Sie als HB Mitglied von folgenden exklusiven Vorteilen.



Die Dualität des deutschen Gesundheitssystems

Solidarität und Finanzierung in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung



Foto: freepik

Das deutsche Gesundheitssystem bietet eine exzellente und flächendeckende medizinische Versorgung für alle Versicherten. Dies ist auch das Ergebnis der Dualität aus gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV).

Beide Systeme haben eine unterschiedliche Finanzierungsbasis

Versicherte in der GKV sind Mitglieder einer Gemeinschaft, in der junge und gesunde Versicherte kranke und ältere Versicherte finanzieren. Die Beiträge zur Krankenversicherung richten sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Mitglieder, das heißt, sie zahlen einen prozentualen Anteil ihres Einkommens.

Dieses Solidaritätsprinzip funktioniert gut, wenn das Verhältnis von Menschen im erwerbsfähigen Alter und Menschen im Rentenalter ausgewogen ist.

Die Beiträge in der PKV werden individuell kalkuliert und richten sich dabei nach dem eigenen Gesundheitszustand, dem gewählten Leistungsumfang und dem jeweiligen Eintrittsalter. Hier spricht man vom Äquivalenzprinzip. Diese Beiträge sind von Anfang an so kalkuliert, dass die Versicherten bereits in jungen Jahren für ihre „eigenen“ altersbedingt voraussichtlich

steigenden Gesundheitsausgaben vorsorgen können. Aus den zusätzlichen Beitragsbestandteilen bilden die PKV-Unternehmen Alterungsrückstellungen, die verzinslich angelegt werden. Dadurch finanzieren alle Versicherten mit ihren Beiträgen vom ersten Tag an auch diesen Vorsorgeanteil mit, womit gewährleistet wird, dass zukünftige Generationen dafür nicht belastet werden müssen.

Deutschlands Bevölkerung wird immer älter

Laut Statistischem Bundesamt wird es im Jahr 2035 rund 21 Millionen über 67-Jährige geben – das sind etwa 4,5 Millionen mehr als heute. Gleichzeitig geht die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter um 5,8 Millionen zurück. Der demografische Wandel stellt die GKV somit vor große Herausforderungen und belastet insbesondere die jüngeren Generationen.

Die GKV kann sich seit 2004 nicht mehr allein aus ihren Beiträgen finanzieren und ist seitdem auf Bundeszuschüsse angewiesen, die von allen Steuerzahler:innen unabhängig davon, ob sie gesetzlich oder privat krankenversichert sind – getragen werden. Diese belaufen sich im Jahr 2024 auf 14,5 Milliarden Euro.

Abschließend lässt sich feststellen, dass beide Krankenversicherungssysteme auf ihre Art solidarisch sind: In der GKV wird der Beitrag auf Basis der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes ermittelt. Es erfolgt somit ein Solidarausgleich zwischen Gut- und Schlechtverdienern, sowie zwischen gesunden und kranken Versicherten und Jung finanziert Alt.

Aber auch die PKV ist solidarisch, da diese im Kern immer auf einer Risikoteilung zwischen den Versicherten basiert. In der kapitalgedeckten PKV wird zwar für jeden Versicherten je nach Leistungsumfang und Gesundheitszustand ein individueller Beitrag erhoben, aber auch hier bilden die Gesunden und die Kranken ein Versichertenkollektiv und stehen somit füreinander ein. Zusätzlich zahlt die PKV auf die Generationengerechtigkeit ein, da durch die Bildung von Alterungsrückstellungen jeder mit seinen Beiträgen für das Alter vorsorgt – die junge Generation wird nicht mit diesen Kosten zusätzlich belastet.

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

Die neuen Lösungen der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH

Privatabrechnung mit Zukunft



Die Zukunft der externen Privatabrechnung hat begonnen! Die PVS holding revolutioniert mit den neuesten API-Lösungen die Privatabrechnung und bietet eine beeindruckende Integration in bestehende Systeme. Ärzte, MVZ, Kliniken sowie Hersteller von Arztinformationssystemen (AIS) und Krankenhausinformationssystemen (KIS) profitieren von diesen innovativen Dienstleistungen, die den Abrechnungsprozess optimieren und erleichtern.

Jürgen Möller, Geschäftsführer der PVS berlin-brandenburg-hamburg (Tochterunternehmen der PVS holding), betont: „Unsere neuen API-Lösungen setzen einen neuen Standard in der medizinischen Abrechnung. Wir bieten eine nahtlose Integration, die Zeit spart und die Effizienz steigert.“

Lean Billing: Abrechnung und Inkasso leicht gemacht: Die Abrechnungs- und Inkassodienstleistungen der PVS holding sind auf Einfachheit und Effizienz ausgelegt. Mit der One-Click Abrechnung können Abrechnungsdaten per API direkt aus der Primärsoftware übertragen werden. Den Rest erledigt die PVS holding. Dies minimiert den administrativen Aufwand, optimiert Liquidationsflüsse und erspart Systemwechsel.

Rechnungen-API: Transparenz ohne Systemwechsel: Mit den Rechnungen-API können Rechnungsinformationen als JSON per API abgerufen werden. Dies schafft optimale Transparenz im zentralen Arztinformationssystem und macht Systemwechsel obsolet. Möller erklärt: „Durch die Integration unserer Rechnungen-API können AIS und KIS Rechnungsinformationen und -dokumente automatisiert abrufen und direkt in das individuelle Primärsystem integrieren. Dies ist eine absolute Neuheit im deutschen Gesundheitswesen.“

PVS-Online-Ratenzahlung: Flexibilität und Transparenz: Im Rahmen der PVS-Ratenzahlung können Patienten selbstständig eine Vereinbarung über Wunschlaufzeit und Ratenhöhe erstellen. Die Online-Abwicklung ist einfach, rechtssicher und garantiert transparente Konditionen. Ärzte, die PVS-Kunden sind, profitieren von optimaler Liquidität und reduzieren offenen Rechnungen ohne zusätzlichen Verwaltungsaufwand. „Mit unserer Online-Ratenzahlung bieten wir Patienten finanzielle Flexibilität, während Ärzte die volle Abwicklung und Finanzierung durch die PVS genießen“, so Stephan Buttgerit, Leiter Partner- und Produktmanagement bei der PVS holding.

Zukunftssichere Abrechnung: Die Fallgesamtheitsprüfung: Die Fallgesamtheitsprüfung der PVS stellt sicher, dass jeder Fall zeitnah und vollständig abgerechnet wird. Dies ist nicht nur ein Erlössicherungs- und Controllinginstrument, sondern auch ein Werkzeug zur Arbeitssteuerung. Schwachstellen im Abrechnungsprozess werden verlässlich identifiziert und beseitigt.

PVS schnürt Servicepaket: DiGA plus: Die PVS plus (das jüngste Tochterunternehmen der PVS holding) bündelt die langjährige Erfahrung aus allen Bereichen der Unternehmensgruppe und steht den DiGA-Herstellern mit einem Rundum-Service zur Seite: So übernimmt sie gemeinsam mit anderen Gesellschaften des Konzerns mit DiGA plus sämtliche Prozesse rund um die Abrechnung und Verifizierung, sie bietet zudem in Zusammenarbeit mit den Finanzdienstleistungsinstituten des Konzerns eine mögliche Vorfinanzierung an und unterstützt mit maßgeschneiderten Konzepten die Hersteller beim Marktzugang. Auch die Sicherstellung der Einhaltung aller gesetzlichen Vorgaben zur Datenübermittlung sowie die Reklamationsbearbeitung und das Mahnwesen zählen zum Leistungsspektrum.

Hybrid-DRG: Die PVS pria (Tochterunternehmen der PVS holding) bietet den gesamten Abrechnungsprozess der Hybrid-DRG, wenn gewünscht auch inklusive Verteilung und Dokumentation der Vergütung, wenn mehrere Leistungserbringer beteiligt sind. Als berufsständische Organisation mit langjähriger Expertise in der Abrechnung von DRGs und ambulanten Operationen versteht sie die Belange ihrer Kunden und bietet umfassende Dienstleistungen mit persönlichem Gesicht.

www.ihre-pvs.de // marketing@ihre-pvs.de



Foto: © PVS holding

Exklusiv für Hartmannbund-Mitglieder: Das Rundum-Sorglos-Paket von



Ob Sie eine flexible Mobilitätslösung für Ihre Praxis suchen oder einen Umzugswagen für die Feiertage – Europcar hat das passende Angebot für Sie. Als Europas führender Autovermieter bieten wir Ihnen genau das Fahrzeug, das Sie brauchen: für einen Tag, ein Wochenende oder auch für längere Zeiträume. Und falls Sie sich gar nicht mehr von Ihrem Mietwagen trennen möchten – kein Problem! Mit unserer Langzeitmiete ab einem Monat schonen Sie Ihr Budget und genießen maximale Flexibilität.

Vielfalt in unserer Flotte: Unsere Flotte reicht von kompakten Stadtfahrzeugen über komfortable Limousinen bis hin zu repräsentativen Modellen, die sich ideal für berufliche und private Zwecke eignen. Zu den beliebten Modellen zählen der sparsame VW Polo, der elegante Audi A4 Avant und die luxuriöse Mercedes Benz C-Klasse. Für größere Transporte oder Praxisbedarfe sind auch größere Fahrzeuge in unserem Angebot, ohne dass Sie auf Komfort verzichten müssen.

Immer in Ihrer Nähe: Mit einem Netzwerk in über 130 Ländern ist Europcar jederzeit für Sie da – ob in Ihrer Heimatstadt, am Flughafen oder Ihrem Reiseziel. So sind Sie immer mobil und können den Service ganz nach Bedarf in Anspruch nehmen.

Ihr Persönlicher Ansprechpartner: Für Ihre individuellen Anfragen steht Ihnen Ga-



bor Laszlo zur Verfügung. Sie erreichen ihn unter gabor.laszlo@europcar.com.

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

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

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



Mitglieder des Hartmannbundes bekommen bei Europcar exklusive Vorteile:

- **Vergünstigte Konditionen:** Als Mitglied des Hartmannbundes profitieren Sie von exklusiven Festpreisen für Mietwagen in Deutschland und weltweit.
- **Individuelle Beratung:** Unsere Business-Services beinhalten individuelle Beratung durch geschultes Personal, um den speziellen Bedürfnissen von Ärzten und medizinischen Fachkräften gerecht zu werden.
- **Bonusprogramme und Kooperationen:** Das Privilege-Loyalitäts-Programm bietet je nach Status Vorteile wie 10 Prozent Rabatt auf Anmietungen ab drei Tagen, schnellere Abholung und eine garantierte Buchung, auch bei Verspätung.
- **Zusätzliche Vorteile:** Darüber hinaus erwarten Hartmannbund-Mitglieder weitere Vorteile wie die Möglichkeit zur Lieferung und Abholung, Bonuspunkte sowie exklusive Rabatte bei Hotelketten, Fluggesellschaften, Bahn- und Bankpartnern von Europcar.

Risiken nicht unterschätzen!

Regressforderungen nach nicht anerkannten ärztlichen Leistungen

Ihre Tätigkeit als niedergelassene Ärztin oder Arzt bringt große Verantwortung mit sich – sowohl gegenüber Ihren Patientinnen und Patienten als auch gegenüber Ihren Mitarbeitenden. Genauso birgt die Tätigkeit rechtliche und wirtschaftliche Risiken, die leicht unterschätzt werden können. Wie schnell es zu einem Rechtsstreit kommen kann und weshalb eine richtige Absicherung wichtig ist, zeigt Ihnen der folgende Fall der ROLAND Rechtsschutz, dem Kooperationspartner der Deutschen Ärzte Finanz.

Der Vorwurf: Abrechnung nicht anerkannter Leistungen

Herr Dr. Förster ist als niedergelassener Arzt in Hamburg tätig. Als Allgemeinmediziner führt er erfolgreich eine eigene hausärztliche Praxis. Dr. Förster ist in seiner Arbeit sehr gewissenhaft. Dies gilt nicht nur für die Behandlung seiner Patientinnen und Patienten sowie den Umgang mit seinen Mitarbeitenden. Auch bei den Abrechnungen der Leistungen mit der kassenärztlichen Vereinigung und den gesetzlichen Krankenkassen ist der Arzt sehr gründlich. Doch eines Tages kommt der Schock: Die Prüfungsstelle der Krankenkasse stellt Regressforderungen und verlangt von Dr. Förster das erstattete Geld für abgerechnete Leistungen zurück. Der Allgemeinmediziner soll gegen das sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen und nicht anerkannte Leistungen abgerechnet haben. Doch was ist genau passiert?

Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot bei erhöhten Leistungen?

Vor ein paar Monaten nahm Dr. Förster Frau Meyer als neue Patientin in seiner Praxis auf. Frau Meyer ist chronisch erkrankt und leidet an mehreren Krankheiten. Wegen ihrer chronischen Erkrankungen muss Frau Meyer regelmäßig verschiedene Medikamente nehmen und bekommt eine spezielle physiotherapeutische Behandlung. Da es ihr oft schwerfällt ihre Wohnung zu verlassen, macht Dr. Förster regelmäßig Hausbesuche. Das Verschreiben der Medikamente, die Verordnung der Physiotherapie und die Hausbesuche rechnet der Arzt wie gewohnt ab. Durch die Aufnahme von Frau Meyer als Neupatientin und der damit verbundenen Behandlung haben sich die Leistungen, wie zum Beispiel das Verschreiben der Medikamente, naturgemäß deutlich und überdurchschnittlich erhöht – was bei der Prüfung der Abrechnungen auch der kassenärztlichen Vereinigung und der gesetzlichen Krankenkasse von Frau Meyer auffällt. Denn es sind gesetzlich festgelegte Richtgrößen überschritten. In ihren Augen liegt ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vor. Deshalb wird ein Verfahren bei der zuständigen Prüfungsstelle eingeleitet. Diese stellt Dr. Förster schließlich einen Bescheid über Regressforderungen zu.

Leistungen müssen medizinisch notwendig sein

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist in § 12 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) geregelt. Es bedeutet, dass nur Leistungen ab-



gerechnet werden dürfen, die medizinisch notwendig sind. „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein [...]“ (§ 12 Abs. 1 SGB V). Das heißt: Gesetzliche Krankenkassen zahlen Behandlungen und Medikamente nur unter bestimmten Voraussetzungen.

Laut der Prüfungsstelle hat Dr. Förster mit seinen Leistungen das Maß der Notwendigkeit überschritten. Deshalb werden nicht alle Leistungen anerkannt und ein Regressverfahren eingeleitet. Die nicht anerkannten Leistungen soll der Arzt zurückzahlen.

Klärung der Rechtslage dank juristischer Hilfe

Doch Herr Dr. Förster hat Glück im Unglück: Denn er hat eine Rechtsschutz-Versicherung für niedergelassene Ärzte abgeschlossen. Diese deckt auch Konflikte im Zusammenhang mit Regressforderungen ab. Dr. Förster nimmt Kontakt zu ROLAND Rechtsschutz auf. Anschließend lässt er sich von einer Fachanwältin beraten, die ihm von ROLAND vermittelt worden ist. Die Unterstützung seiner Anwältin ist für Dr. Förster besonders wichtig, da im Regressverfahren einiges zu beachten ist. Dazu zählen zum Beispiel Fristen bei Stellungnahmen und Widersprüchen oder formale Vorgaben des Bescheids. Mit Hilfe seiner Anwältin kann der Allgemeinmediziner die Vorwürfe entkräften und die Regressforderungen abwehren. Die anfallenden Anwaltskosten übernimmt ROLAND Rechtsschutz.

Schutz und Sicherheit bei rechtlichen Risiken

Ein Rechtsstreit kann sehr langwierig und teuer sein. Er kostet nicht nur Zeit und Nerven, sondern ist auch eine große finanzielle Belastung. Ein umfassender Versicherungsschutz ist deshalb besonders wichtig. ROLAND Rechtsschutz bietet Ihnen eine Rechtsschutz-Versicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und sichert Sie mit speziellen Leistungen, zum Beispiel der Abwehr unberechtigter Ansprüche, optimal ab.

Lassen Sie sich ausführlich von Ihren Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern bei der Deutschen Ärzte Finanz beraten. Wenden Sie sich dafür gerne per Telefon an die Rufnummer 0221-148 32323 oder per E-Mail an service@aerzte-finanz.de



Flexible Gewinnausschüttung

Wege zu einer optimalen Ausschüttungspolitik

Viele Arztpraxen stehen vor der Herausforderung, eine gerechte und zugleich steuerlich optimierte Ausschüttungspolitik zu entwickeln. Besonders relevant wird dies, wenn junge Gesellschafter ohne signifikantes Eigenkapital in die Praxis eintreten und ältere Gesellschafter mit bereits erwirtschaftetem Vermögen ihre Anteile veräußern. Bei Kapitalgesellschaften, wie der GmbH – der Rechtsform, in der Medizinische Versorgungszentren (MVZ) regelmäßig betrieben werden –, kann dafür die inkongruente Gewinnausschüttung eine mögliche Lösung bieten.

Inkongruente Gewinnausschüttungen ermöglichen es, Gewinne nicht proportional zu den Anteilen der Gesellschafter, sondern ganz individuell auszuschütten. Dabei erzielt ein Gesellschafter, an den kein Gewinn verteilt wird, grundsätzlich keine Dividendeneinkünfte nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 Satz 1 EStG. Vielmehr können die thesaurierten Beträge steuerneutral in eine gesellschafterbezogene Kapitalrücklage eingestellt werden. Diese steuerliche Folge wurde bereits durch das Urteil des Bundesfinanzhofes (BFH) vom 28. September 2021 (VIII R 25/19) bestätigt. Die Rücklagen können dann zu einem späteren Zeitpunkt ausgeschüttet und versteuert werden, was den jeweiligen Gesellschaftern eine gewisse finanzielle Flexibilität bietet.

Der BFH hat in seinem Urteil vom 28. September 2022 (VIII R 20/20) zusätzlich klargestellt, dass auch punktuell satzungsdurchbrechende Beschlüsse über inkongruente Gewinnausschüttungen zivilrechtlich wirksam sind, sofern sie einstimmig von der Gesellschafterversammlung beschlossen wurden und von keinem Gesellschafter angefochten werden können. Das Bundesfinanzministerium (BMF) hat auf die Entscheidungen des BFH im Herbst dieses Jahres mit Schreiben vom 4. September 2024 reagiert und inkongruente Gewinnausschüttungen ebenfalls grundsätzlich anerkannt.

Praxisfall: Anteilskauf durch neue Gesellschafter

Inkongruente Gewinnausschüttungen bieten sich beispielsweise nach bzw. im Zusammenhang mit einem Anteilskauf an. Die neu aufzunehmenden Gesellschafter können die ihnen zustehenden Gewinnausschüttungen nutzen, um die zuvor erworbenen Anteile der erfahrenen Gesellschafter abzahlten. Dabei

kommt es somit zwingend zur jährlichen Ausschüttung und Versteuerung ihrer Gewinnanteile. Die Abzahlung der Kaufpreisschuld oder des hierfür aufgenommenen Bankkredites ist – bis auf die Zinszahlungen – steuerlich nicht abzugsfähig. Die erfahrenen Gesellschafter wollen ihre Ausschüttungen in diesem Zeitraum aber oftmals stehen lassen, weil sie durch die Abzahlung des Kaufpreises zunächst finanziell bedient sind. Daher wird dann gern eine inkongruente Gewinnausschüttung vereinbart, bei welcher der anteilige Ausschüttungsbetrag des „verzichtenden“ Gesellschafters in seine personenbezogene Kapitalrücklage eingestellt wird, die bei späteren Ausschüttungen nur ihm zur Verfügung steht.

Vorsicht: Satzungsdurchbrechende Gesellschafterbeschlüsse mit dem Ziel der Dauerwirkung einer inkongruenten Gewinnausschüttung werden steuerlich nicht anerkannt. Sofern eine dauerhaft inkongruente Gewinnverteilung angestrebt wird, muss diese direkt in der Satzung verankert werden.

Empfehlungen und praktische Umsetzung

Generell ist es ratsam, die Ausschüttungspolitik regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen, um steuerliche Risiken zu minimieren. Die Finanzverwaltung betrachtet beispielsweise kurzfristige oder wiederholte Änderungen der Gewinnverteilungsabrede als potenziell missbräuchlich im Sinne des § 42 AO. Setzt sie sich mit dieser Auffassung im Einzelfall durch, kann es nachträglich zur Versteuerung von Gewinnausschüttungen kommen und/oder weitere Konsequenzen nach sich ziehen. Daher sollten solche Änderungen der Gewinnverteilungsabrede stets gut dokumentiert und wirtschaftlich begründet werden.

Bei inkongruenten Gewinnausschüttungen mit Vereinbarungen zu personenbezogenen Kapitalrücklagekonten sollte hingegen regelmäßig kein erhöhtes Risiko bestehen. Im Gegenteil: Die personenbezogenen Kapitalrücklagekonten sprechen eher für eine gerechte Gewinnverteilung zwischen den Gesellschaftern untereinander. Für die praktische Umsetzung ist aber entscheidend, dass die Satzung der GmbH eine entsprechende Öffnungsklausel enthält, die inkongruente Gewinnausschüttungen erlaubt. Diese Klausel muss notariell beurkundet werden, um rechtliche Sicherheit zu gewährleisten. Zudem sollte die Gesellschafterversammlung mit einfacher Mehrheit

über die abweichende Gewinnverteilung entscheiden können.

Fallstricke

Der Umgang mit personenbezogenen Kapitalrücklagen ist mitunter nicht so ganz einfach, denn latent liegt immer die Gefahr einer zusätzlichen Erbschaft- und Schenkungsteuerbelastung in der Luft, wenn sich durch solche Gestaltungen Vermögenswerte zwischen den Gesellschaftern tatsächlich verschieben. Das sollte bei personenbezogenen Kapitalrücklagekonten zwar generell nicht der Fall sein, weil die jeweiligen Kapitalansprüche der Gesellschafter ja gerade separat geführt werden, um eine Verschiebung zu verhindern. Ausnahmen bestätigen aber die Regel. So gesehen in einem Fall, der kürzlich vom BFH entschieden wurde. Dabei hatte ein Vater zunächst Einzahlungen in seine personenbezogene Kapitalrücklage bei der GmbH getätigt. Die Rücklage war dann später aber im Rahmen von gesellschaftlichen Maßnahmen faktisch teilweise auf die beiden Kinder übergegangen. Der BFH beurteilte dies als eine Art Forderungsverzicht auf den Rücklagenanspruch und bestätigte damit auch die schenkungsteuerlichen Konsequenzen. Daher muss im Vorfeld von künftigen Gesellschafterbeschlüssen immer geprüft werden, welche Auswirkungen sich auf die personenbezogenen Rücklagekonten ergeben und welche steuerlichen Konsequenzen das hat. Bei all diesen steuerlichen Aspekten muss natürlich auch immer geprüft werden, ob diese Gestaltungen auch aus berufsrechtlicher Sicht möglich und zulässig sind.

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



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

DIE HARTMANNBUND-APP



DIGITALISIERUNG MUSS ALLEN NUTZEN

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



Ansprechpartner für Mitglieder

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



Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

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

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt
Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

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

Ausbildung/Medizinstudium

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

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

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

Berufsbezogene Rechtsberatung

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

Berufsbezogene Steuerberatung

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

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

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

Digital Health

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

Fortbildungen/Seminare

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

GKV-Vertragsrecht

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

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

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

Praxisbewertung und Praxisanalyse

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

Rechtsberatung Krankenhaus

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

Rechtsberatung Niederlassung

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

Sektorübergreifende Versorgung und Krankenhausstrukturen

Petra Meiners
Tel.: 030 206208-27

Regional

Regionalreferat Nord

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

Lena Delfs
Tel.: 030 206208-65

Regionalreferat Ost

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

Philipp Hoffmann
Tel.: 030 206208-41

Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Jeannette Hristov
Tel.: 030 206208-62

Regionalreferat Süd

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

Dr. Enno Schwanke
Tel.: 030 206208-56



Kleinanzeigen für Mitglieder kostenlos*

Hausarztpraxis im Süden von Leipzig zum 1. Quartal 2026 abzugeben (1 voller KV-Sitz in zulassungsgesperrem Bereich)

Gut etablierte Hausarztpraxis mit breitem Patientenstamm, motiviertem Personal, in bester Lage sucht engagierte/n Nachfolger/in. Die Praxis genießt einen sehr guten Ruf, ist technisch gut ausgerüstet (u.a. hochwertiges Sono-gerät, moderne Bürotechnik) und gut im Umfeld vernetzt.

Bei Interesse bitte melden per E-Mail an: int-dr-lpz@vodafoneemail.de

Anzeige

MKG-Praxis in Berlin/Tempelhof-Schöneberg sucht Sie!

Für unsere seit 18 Jahren etablierte und modern ausgestattete MKG-Praxis suchen wir ab dem 01.01.2025 in Teil-/Vollzeit eine MKG-Chirurgin/ MKG-Chirurgen. Wir bieten Ihnen flexible, familienfreundliche Arbeitszeiten, hervorragend ausgebildetes Personal und eine attraktive Vergütung an.

Kontakt: Tel.: 030/22445400 oder E-Mail: ms@mkg-steglitz.de



Ärztesellschaft 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

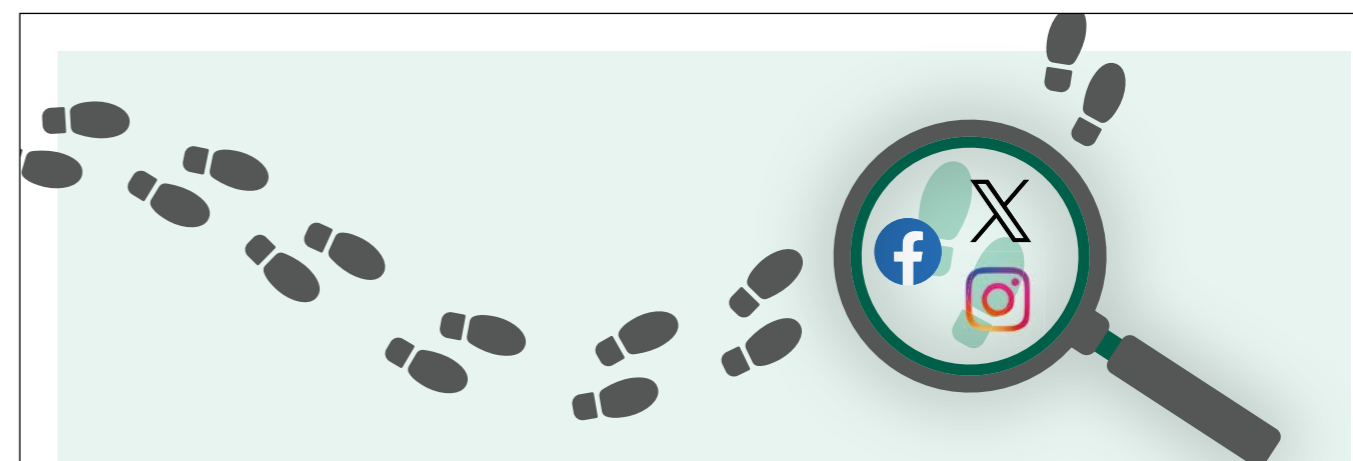
www.kneippaerztebund.de

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



Sie möchten auf eine Chiffreanzeige antworten oder selbst ein Inserat aufgeben? Dann wenden Sie sich bitte an: Hartmannbund, Andrea Reich, Kurfürstenstr. 132, 10785 Berlin, Tel.: 030 206208-11, Fax: 030 206208-14, E-Mail: andrea.reich@hartmannbund.de.

*Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist die Schaltung von zwei Anzeigen (außer rein gewerbliche) im Jahr.



FOLGEN SIE UNS AUF SOCIAL MEDIA!

Sie finden uns auf Instagram, Facebook und X (vormals Twitter)



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

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

**Das Hartmannbund-Team
wünscht Ihnen schöne
und möglichst geruhsame
Weihnachtstage und einen guten
Rutsch ins neue Jahr.**



**Bleiben Sie so fröhlich
wie möglich!**

Beitragsordnung

gültig ab 1. Januar 2025

(Beschluss der Hauptversammlung vom 9. November 2024)

Gruppe	Bezeichnung	Monatlicher Beitrag
I	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Angestellte und verbeamtete Ärztinnen und Ärzte in leitender Position;	30 €
II	Angestellte und verbeamtete Ärztinnen und Ärzte, die länger als fünf Jahre die Approbation besitzen;	25 €
III	Angestellte und verbeamtete Ärztinnen und Ärzte bis fünf Jahre nach der Approbation;	16 €
IV	Übrige Mitglieder (Mitglieder im Ruhestand oder mit geringer Berufstätigkeit)	9 €

Medizinstudierende und Assistenzärztinnen und -ärzte werden bis ein Jahr nach ihrer Approbation bei Doppelmitgliedschaft Hartmannbund/MEDI-LEARN Club bzw. Medi Professional Club beitragsfrei geführt.

Bei gleichzeitiger Mitgliedschaft bei einem der nachfolgend genannten korporativen Verbände*, dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) oder dem Marburger Bund wird ein Nachlass in Höhe von 30 % auf die reguläre Beitragsgruppe gewährt.

* Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP) | Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) | Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V. (BPM) | Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) | Bundesverband für ambulantes Operieren e.V. | Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser (BdB) e.V. | Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC) | Die Chirurgen e.V. | Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte e.V. (DZVhÄ) | Gesellschaft Anthroposophischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland (GAÄD) | Hufelandgesellschaft e.V. – Ärztlicher Dachverband für Integrative Medizin | Ärztesgesellschaft für Präventionsmedizin und klassische Naturheilverfahren, Kneippärztebund e.V. | Privatärztlicher Bundesverband e.V. | Vereinigung psychotherapeutisch und psychosomatisch tätiger Kassenärzte e.V. (VPK) | Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin e.V. (ZAEN)

Bei geänderten Voraussetzungen erfolgen Umstufungen in eine andere Beitragsgruppe.

Rückwirkende Beitragssenkungen sind nicht möglich. Die Beiträge werden monatlich veranlagt und in der Regel vierteljährlich fällig, spätestens jedoch zum 31.12. eines jeden Jahres. Im SEPA-Basislastschriftverfahren werden Monatsbeiträge bis einschließlich 9 € einmal jährlich zum 20.04., alle übrigen Beiträge vierteljährlich zum 20.01., 20.04., 20.07. und 20.10. abgebucht. – Hinweis: Beiträge sind steuerlich voll abzugsfähig.

Beitragskonto des Hartmannbundes

Deutsche Apotheker- und Ärztekasse e.G., Düsseldorf
IBAN DE64 3006 0601 0001 0850 18
BIC (SWIFT CODE) DAAEDEDXXX



Familie. Praxis. Boxen.

Dr. Cornelia Stüdemann
Kinderärztin und vierfache Mutter, Sengenthal

Und wofür brauchen Sie mehr Zeit?



Erfolgreich eine Praxis gründen und ein erfülltes Privatleben führen – das zählt für Dr. Cornelia Stüdemann. Ihr die finanzielle Sicherheit dafür zu geben, ist dabei unser Job. Was immer Sie bewegt, sprechen Sie mit uns.

> apobank.de/gruenden

 apoBank
Bank der Gesundheit