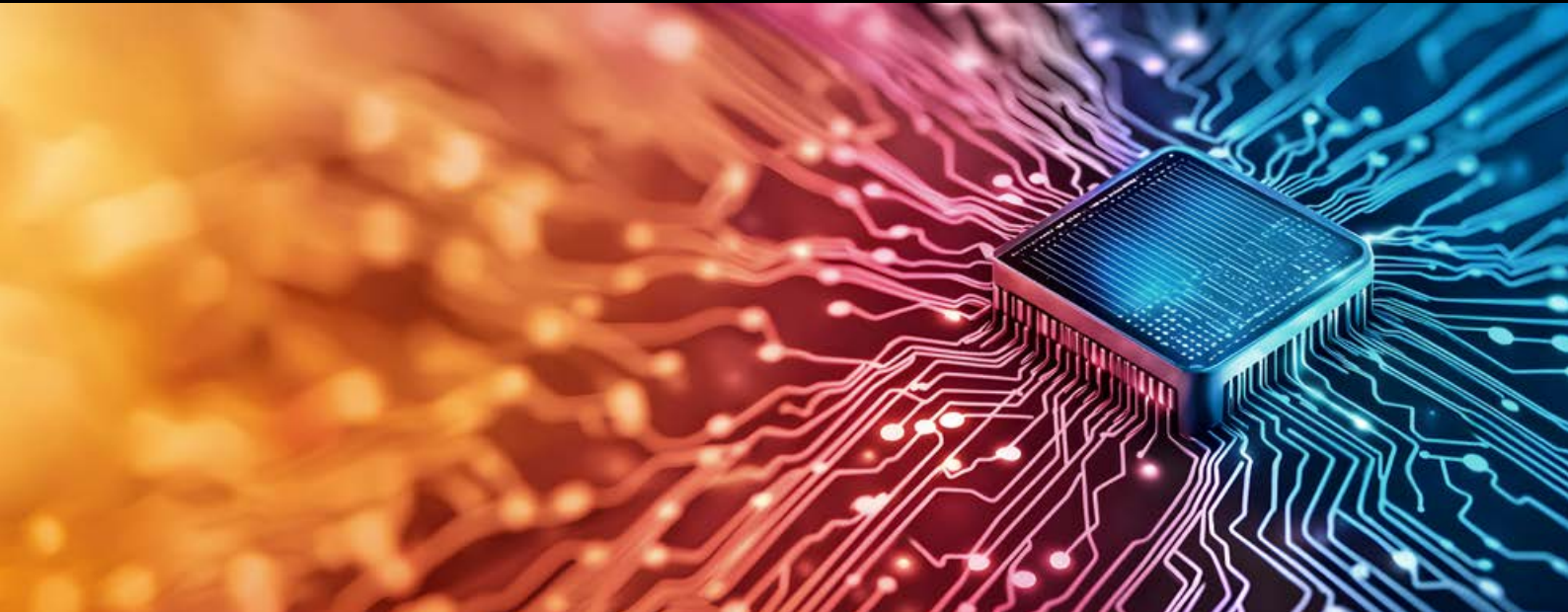


Stille Gesundheitsmanager

Was wir aus **Daten** machen können



Wenn das Leben auf einmal Kopf steht!

Jeder kann mal ausfallen – mit schwerwiegenden Folgen für Beruf, Familie oder Studium. Mit der richtigen Absicherung behalten Sie allerdings den Kopf oben.

Gemeinsam stark für Ihre Absicherung

Aus diesem Grund hat der Hartmannbund zusammen mit der Deutschen Ärzteversicherung ein Vorsorgekonzept speziell für Medizinstudierende und Ärztinnen und Ärzte entwickelt:

- Exklusiver Beitragsvorteil für Mitglieder des Hartmannbundes
- Berufsunfähigkeitsschutz und Altersvorsorge in einem Konzept
- Risikofrüherkennung mit individuellen Vorsorgelösungen
- Beratung durch Expertinnen und Experten, die den medizinischen Alltag kennen

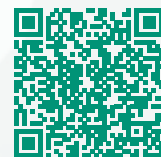
Unser Jubiläum, Ihr Vorteil

Anlässlich unseres 125-jährigen Jubiläums möchten wir ein Zeichen setzen und unsere Mitglieder bei ihrer Absicherung unterstützen.

Wir laden Sie ein, Ihren aktuellen Schutz im persönlichen Gespräch mit der Deutschen Ärzteversicherung zu überprüfen. **Einfach QR-Code scannen und Termin vereinbaren.**

Wir **verlosen 125 x 125 Euro** als Zuschuss zu einer Ihrer wichtigsten Vorsorgeversicherungen. Die Teilnahme erfolgt automatisch nach dem Ausfüllen des Formulars.

125
Hartmannbund



 **Hartmannbund**
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

In Kooperation mit:

 **Deutsche
Ärzteversicherung**



Editorial

liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die Titelseite unseres aktuellen Magazins könnte uns den gewaltigen Sprung, den wir – gerade auch in der Medizin und im ärztlichen Handeln – in den letzten 125 Jahren gemacht haben, kaum deutlicher vor Augen führen. Als Hermann Hartmann sich aufmachte, mit dem Leipziger Verband ein Kartell zum Schutz ärztlicher Interessen zu gründen, hatte Wilhelm Conrad Röntgen gerade die nach ihm benannte Strahlung entdeckt, von einer effektiven medizinischen Anwendung war man noch weit entfernt. Bis zur ersten wirkungsvollen Verwendung von Penicillin sollte noch fast ein halbes Jahrhundert vergehen.

Heute tauschen wir ganz selbstverständlich Organe aus und vermessen unsere Körperdaten selbst. Gentechnologie und Künstliche Intelligenz lassen uns Krankheiten schon vor ihrem Ausbruch vorhersagen und unser digitaler Zwilling auf der Basis riesiger Datenmengen ist zum Greifen nah (siehe Titelthema). Und, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben längst verstanden, dass die Geschwindigkeit, mit der sich die Dinge in den letzten 125 verändert haben, nur einen Hauch dessen erahnen lassen, mit welcher Dynamik sie sich in den nächsten Jahren weiter entwickeln werden – von den kommenden 125 Jahren ganz zu schweigen. Das sollten wir als Chance begreifen und dabei gleichsam wachsam bleiben.

Denn eines ist geblieben und hat seit Hermann Hartmann die Zeit überdauert. Ärztinnen und Ärzte müssen sich für die Wahrung ihrer Interessen und für die ihrer Patientinnen und Patienten einsetzen. Unter anderen Bedingungen, auf einem anderen „Niveau“ – aber genauso entschlossen. Wir müssen uns – da wo nötig – wehren und zugleich unseren Anspruch als Mitgestalter des Gesundheitssystems untermauern, indem wir uns aktiv und kreativ an den anstehenden Problemlösungen beteiligen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, ein Rückblick auf 125 Jahre Hartmannbund führt uns aber nicht nur eine spannende medizinische Entwicklung vor Augen oder die – teilweise hart erkämpften – Veränderungen ärztlicher Arbeitsbedingungen. Er erinnert uns auch an unsere gesellschaftliche Verantwortung. Die unrühmliche Rolle des Hartmannbundes in der NS-Zeit, sein voreilender Gehorsam und die aktive Unterstützung nationalsozialistischer Gesinnung sind hinreichend Mahnung, derartige Entwicklungen nicht nur frühzeitig zu erkennen, sondern sich ihnen entschlossen entgegenzustellen.

Mit freundlichen Grüßen,

Klaus Reinhardt

Dr. Klaus Reinhardt



Dr. Klaus Reinhardt

Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärztinnen und Ärzte
Deutschlands

Hauptversammlung Hartmannbund 2025

Zwischen Ärztemangel, KI
und Selbstvermessung,
Investoren-MVZ und dem
Trend zur Anstellung:



MUSS SICH DIE PRAXIS NEU ERFINDEN?

Das Gesundheitssystem befindet sich im Umbruch. Die scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten von Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz eröffnen völlig neue Perspektiven. Stichworte wie neue Versorgungsformen, Patientensteuerung und Delegation stehen exemplarisch für längst angelaufene Veränderungsprozesse. Die steigende Zahl investorengestützter MVZ, Gedankenspiele zu Gesundheitskiosken, Fachkräftemangel und bundesweit tausende unbesetzte Praxissitze stellen über Jahre bewährte Strukturen in Frage.

Welche Rolle spielen Haus- und Facharztpraxen in künftigen Versorgungskonzepten? Wie müssen sie sich technisch und organisatorisch für die Zukunft aufstellen? Und welche politischen Rahmenbedingungen braucht es für attraktives Arbeiten im Sinne ärztlichen Selbstverständnisses und wirtschaftlicher Sicherheit?

Diesen und weiteren Fragen wird der Hartmannbund in seiner Hauptversammlung im öffentlichen Teil am 31. Oktober unter dem Motto „Muss sich die Praxis neu erfinden?“ nachgehen, Herausforderungen definieren und Lösungsansätze diskutieren.

Am 1. November werden die Wahlen zum Vorstand im Mittelpunkt stehen.
Die Tagesordnung im Einzelnen:

Freitag, 31. Oktober 2025

- | | |
|-----------|--|
| 10.00 Uhr | 1. Eröffnung und Begrüßung
2. Feststellung der Beschlussfähigkeit |
| 10.15 Uhr | 3. Grußwort der Bundesgesundheitsministerin
Nina Warken
4. Rede des Vorsitzenden Dr. Klaus Reinhardt |
| 11.00 Uhr | 5. „Muss sich die Praxis neu erfinden?“
Zwischen Ärztemangel, KI und
Selbstvermessung, Investoren-MVZ und
dem Trend zur Anstellung
Impulsreferat / Podiumsdiskussion /
Diskussion im Plenum |
| 13.00 Uhr | Mittagspause |
| 14.00 Uhr | 6. Diskussion zur politischen Lage |
| 15.00 Uhr | 7. Resolutionen |
| 17.00 Uhr | 8. Vorführung des Gewinnerbeitrags
„Film- und Fernsehpreis“
mit anschließender Preisverleihung |

Samstag, 01. November 2025

- | | |
|---|--|
| 09.30 – ca. 16.00 Uhr | 9. Ehrungen |
| 10. Haushalt und Finanzen (nur für Mitglieder) | 10 a Genehmigung der Abrechnung des Haushalts-
und Finanzplans 2024
10 b Entlastung des Vorstands
10 c Beschlussfassung über den Haushalts- und
Finanzplan 2026 |
| Mögliche Fortsetzung des Tagesordnungspunkts 7 (Resolutionen) | |
| Mittagspause | |
| 11. Wahlen | • des Wahlausschusses
• zur/zum Vorsitzenden
• zur/zum Stellvertretenden Vorsitzenden
• zur/zum 1. Besitzerin/Beisitzer des Geschäftsführenden
Vorstandes
• zur/zum 2. Beisitzerin/Beisitzer des Geschäftsführenden
Vorstandes
• zur/zum 3. Beisitzerin/Beisitzer des Geschäftsführenden
Vorstandes (mögliche Wahl zu zwei weiteren
Beisitzerinnen/Beisitzern)
• zum Finanzausschuss
• zum Ehrenrat |
| 12. Verschiedenes | |

Inhalt

Auf lange Sicht ist der digitale Zwilling technisch
denkbar und auch sinnvoll

Digitale Medizin, Big Data, KI – um in Zukunft medizinischen Fortschritt zu erzielen, zum Beispiel in der Vorhersage oder Therapie von Krankheiten, braucht es neue Technologien und vor allem sehr große Datensätze. Doch gerade beim Austausch von Gesundheitsdaten hapert es noch immer in der Versorgung wie auch in der Forschung. Das Potenzial von Gesundheitsdaten wird in Deutschland noch viel zu wenig genutzt. Das muss sich ändern, um international nicht den Anschluss zu verlieren. Ein Überblick.

6

125
Hartmannbund 22

Verband feiert Jubiläum am
Gründungsort Leipzig
und blickt in die Zukunft



24

Von der Leipziger Idee
zur gesamtdeutschen
Stimme der Ärzteschaft
125 Jahre Hartmannbund

26

Auf der Suche nach Auswegen
Finanzpolitische Probleme
und ihre Folgen



28

Akuter Befund und trotzdem weiter
in der Warteschleife
Die Notfallreform wartet noch immer
auf ihre gesetzliche Regelung

30

Arzneimittelverordnung im
Dickicht der Zielkonflikte
Sachverständigenrat Gesundheit
diskutiert Wege aus der Überforderung



32

Entwicklungen in der psychischen
Gesundheit junger Erwachsener
„besorgniserregend“
Erste Ergebnisse aus dem RKI-Panel
„Gesundheit in Deutschland“

33

Lachgas und K.O.-Tropfen sollen im
Privatgebrauch unterbunden werden
Nina Warkens erstes Gesetz

34

Geschlechtersensibilität für
erfolgreiche Diabetes-Versorgung
Viele Studien greifen geschlechts-
spezifische Unterschiede nicht gut auf

36

Ein Meilenstein für Niederbayern
Neuer MedizinCampus

- 35 HB-Intern
- 38 Service Kooperationspartner
- 44 Ansprechpartner
- 45 Kleinanzeigen
- 46 Impressum

Noch ungehobener Datenschatz
verlangsamt die Entwicklung

Auf lange Sicht ist der digitale Zwilling technisch denkbar und auch sinnvoll

Digitale Medizin, Big Data, KI – um in Zukunft medizinischen Fortschritt zu erzielen, zum Beispiel in der Vorhersage oder Therapie von Krankheiten, braucht es neue Technologien und vor allem sehr große Datensätze. Doch gerade beim Austausch von Gesundheitsdaten hapert es noch immer in der Versorgung wie auch in der Forschung. Das Potenzial von Gesundheitsdaten wird in Deutschland noch viel zu wenig genutzt. Das muss sich ändern, um international nicht den Anschluss zu verlieren. Ein Überblick.

Ist das schon ein Blick in die Gesundheitsversorgung von morgen? Mit einem Mehr an personalisierter und präventiver Medizin? KI macht es wohl möglich. Für mehr als 1000 Erkrankungen soll ein KI-Modell das langfristige individuelle Risiko einschätzen können, heißt es in der Pressemitteilung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ). Mitte September wurde die Studie von Wissenschaftler:innen vom European Molecular Biology Laboratory und vom DKFZ in der Fachzeitschrift Nature veröffentlicht. Ihr KI-Modell soll vorhersagen, welche möglichen Gesundheitsprobleme einen persönlich in den nächsten zwei Jahrzehnten treffen könnten. Dabei spielt die persönliche Krankengeschichte eine Rolle, medizinische Diagnosen und Lebensstilfaktoren wie Rauchen werden berücksichtigt. Denkbar wäre der Einsatz der KI, um mit Hilfe von Modellen über Krankheitsverläufe frühzeitige und sinnvolle präventive Maßnahmen ableiten zu können. Gut funktioniere das Modell bei Krankheiten, die klare und gleichbleibende Verlaufsmuster haben. Dazu zählen zum Beispiel Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Damit die KI verlässliche Aussagen treffen konnte, brauchte es im Vorfeld möglichst viele Daten. Trainiert wurde das Modell zunächst mit anonymisierten Patient:innendaten von 400.000 Teilnehmer:innen aus der UK Biobank. Überprüft wurde es dann erfolgreich mit Daten von 1,9 Millionen Personen aus dem dänischen nationalen Patient:innenregister.

„Es herrscht noch ein heilloses Tohuwabohu“

Solche großen Datensätze sind für die medizinische Forschung in Deutschland noch nicht nutzbar. Zwar hat das Gesundheitsdatennutzungsgesetz dafür schon eine gute Grundlage geschaffen, um das künftig realisieren zu können. Denn auch in unserem Gesundheitssystem werden täglich große Mengen an Medizindaten erhoben:

Genomdaten, Bilddaten, Versorgungsdaten in Krankenhäusern und Praxen, aber auch medizinische Publikationen. Doch miteinander verknüpft und genutzt werden sie bislang nur zu einem Bruchteil. Das hat vor allem zwei Gründe: Defizite bei Datenschutzregelungen und Dateninfrastruktur. „Ob wir überhaupt ein Prozent der vorhandenen Daten nutzen? Es passiert auf jeden Fall noch nicht ansatzweise in dem Umfang, in dem es passieren sollte“, sagt Prof. Dr. Alexander Radbruch, Direktor der Klinik für Neuroradiologie des Universitätsklinikums Bonn. „Der Punkt ist: Wir fangen gerade erst an, unsere Daten systematisch zu sammeln. Aber ich glaube, die Politik und die Wissenschaft haben verstanden, dass es einer der größten Fortschritts-treiber der Medizin ist, wenn wir Daten systematisch sammeln und auswerten.“

Andere Länder wie Dänemark und Südkorea haben diesen Wert im Vergleich zu Deutschland bereits früher erkannt und ihre Dateninfrastruktur ausgebaut. Im deutschen Gesundheitssystem hingegen sind noch immer nur sehr wenige Daten systematisch angeschlossen. Das macht es schwierig, zu bestimmten medizinischen Fragestellungen zu forschen. Will man beispielsweise eine Krebserkrankung besser verstehen, um Prädiktion oder Therapien ableiten zu können, braucht es einen umfangreichen Datensatz von vielen Patient:innen, die diese Erkrankung hatten. Die Daten müssen charakterisiert und geordnet sein, damit die Forschung tatsächlich damit arbeiten kann. Flächendeckend ist der Zugriff auf solche Datensätze jedoch noch nicht durchgesetzt. Zwar gibt es einzelne Bestrebungen für einen effizienten Datenaustausch, zum Beispiel das Netzwerk Universitätsmedizin, Register für Krebserkrankungen oder Seltene, aber das reicht nicht aus, um die Forschung besser aufzustellen. „Es herrscht noch ein heilloses Tohuwabohu. Jede Universitätsklinik hat ihre eigenen

Prof. Dr. Alexander Radbruch, Direktor der
Klinik für Neuroradiologie des Universitätsklinikums Bonn:

*Ob wir überhaupt ein Prozent der vorhandenen Daten
nutzen? Es passiert auf jeden Fall noch nicht ansatzweise in
dem Umfang, in dem es passieren sollte.*

Archive. Es gibt Landesdatenschutzbeauftragte, jede Universität hat ihre eigenen Datenschutzbeauftragten. Alle haben unterschiedliche Standards und am Ende hat man Angst, etwas falsch zu machen – und lässt deshalb das Forschungsprojekt vielleicht einfach bleiben“, beschreibt Alexander Radbruch die gegenwärtige Situation. Vor allem in der Vergangenheit liege ein Datenschatz. Dieser könne aber momentan nur schwer gehoben werden, weil insbesondere bereits erhobene Daten häufig aus Datenschutzgründen nicht für die Forschung verwendet werden dürfen.

Spagat beim Thema Datenschutz – Treuhandmodell als Lösung?

„Datenschutz ist extrem wichtig, besonders in der Medizin ist er ein unverzichtbares Gut. Denn nirgendwo sonst gibt es so persönliche und sensible Daten. Keiner will, dass diese in die falschen Hände geraten. Deshalb: Wir brauchen den Datenschutz in der Medizin dringend“, sagt Radbruch. Trotzdem plädiert er für Ausgewogenheit: „Wir müssen auf der einen Seite den Schutz sensibler Daten garantieren, auf der anderen Seite trotzdem aber auch wertvolle Forschung ermöglichen, die die Wissenschaft weiterbringt und für den einzelnen Patienten in Zukunft bessere Heilungschancen eröffnet.“ Radbruch spricht von einem Spagat, den Wissenschaftler:innen ausführen müssen. In dieser Gemengelage ist es oftmals nicht einfach, den Überblick zu behalten. Um solche Hürden einzureißen

und die Arbeit mit Medizindaten effizienter zu gestalten, wurde im vergangenen Februar das transdisziplinäre Zentrum für Medizinische Datennutzbarkeit und Translation (ZMDT) gegründet, dem Alexander Radbruch auch als Direktor vorsteht. Getragen wird das Zentrum von der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät, der Medizinischen Fakultät, der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät sowie dem Exzellenzcluster ECONtribute der Universitäten Bonn und zu Köln.

Tatsächlich bewege man sich in Sachen Datenschutz immer wieder in juristischen Grauzonen. Häufig sind die Daten der Patient:innen nicht zu einhundert Prozent anonymisiert. Dürfen sie trotzdem in der Forschung verwendet werden? Wie sieht es mit der Verwendung von den Daten aus, für die zwar beispielsweise im Rahmen der Multiple Sklerose-Forschung ein Einverständnis vorliegt, aber man sie in einem anderen Forschungskontext nutzen würde? Oder falls Gehirnschans verwendet werden: Theoretisch könnte daraus ein Gesicht rekonstruiert werden. Wie muss mit diesem Aspekt umgegangen werden, um keine Rückschlüsse auf die Patient:innen geben zu können? Diese Rechtsunsicherheit sieht Radbruch als großes Problem. Das ZMDT will deshalb Impulsgeber für die Politik sein und eine Kommunikationsplattform, damit es für Wissenschaftler:innen in ganz Deutschland leichter wird, mehr Rechtssicherheit und einen einfacheren Zugang zu Daten zu haben.



Foto: Universitätsklinik Bonn

Stephan O. Adler:

Vieles ist technisch schon möglich oder fast realisierbar. Aber die Rahmenbedingungen stimmen noch nicht, um damit gleich loszulegen. Seien es die ökonomische Seite, der Datenschutz oder auch ethische Aspekte.



Foto: Fraunhofer IESE

Denn die Anzahl der Forschungsprojekte, die auf Medizindaten beruhen, auf Big Data-Analysen, steigt gerade massiv an. „Das war vor zehn Jahren noch nicht der Fall. Da erleben wir eine Verschiebung in der Medizin“, sagt Radbruch. Einen Lösungsansatz sieht er im Modell der Datentreuhand. Dabei handelt es sich um die Idee, dass zwischen mehreren Beteiligten, wie verschiedenen Universitätskliniken, ein sicherer Datenraum eingerichtet wird, auf den Unbefugte keinen Zugriff haben. Innerhalb dieses Datenraums, den eine neutrale Instanz verantwortet, wird eine absolute Datensicherheit gewährleistet. In einem ersten Projekt, das vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt gefördert wird, geht Alexander Radbruch nun in einer Art zentralem Register die Ordnung von Gehirnscans an, um die Forschung in diesem Bereich zu verbessern. Dafür bauen Informatiker eine sichere Umgebung, in der Datensätze hochgeladen werden können und eine KI-basierte technische Lösung nur aggregierte Daten an die Forschung weitergibt. Dadurch findet kein Austausch von Patient:innendaten statt und es ist nicht nachvollziehbar, welche Daten zu welcher Person gehören. Juristen erschaffen ein Regelwerk, wer wann in welchen Datenraum gehen kann. Die Möglichkeiten, die sich bei der Auswertung großer medizinischer Datensätze durch KI ergeben, stuft Radbruch als bedeutend ein. Schon heute werden KI-Programme wie ChatGPT oder Perplexity im Alltag regelmäßig genutzt – vor fünf Jahren ist dies noch nicht vorstellbar gewesen. „Wenn man das jetzt weiterdenkt, also dass es so ein System auch parallel in der medizinischen Welt gäbe, dann wäre die wissenschaftliche Forschung eine ganz andere. Wenn man mit Hilfe von KI beispielsweise alle medizinischen Daten, die im Gesundheitssystem vorliegen, gezielt untersuchen könnte – wir wären überrascht, was für einen Wissenszuwachs wir hätten. Vorausgesetzt, die Daten sind organisiert und geordnet“, sagt Radbruch.

Das sieht auch Dr. Lars Masanneck so. Der in der Neurologie der Uniklinik Düsseldorf tätige Mediziner (siehe Beitrag Seite 13) ist 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Digitale Medizin (DGDM): „Wir leben in einem Zeitalter, in dem Technik rasant voranschreitet. Das sollte die Medizin nicht ausklammern, sondern das sollten wir forcieren. In dem Moment, in dem ich digitale Methoden mit biologischen kombinieren, kommen wir in ganz neue Sphären.“ Durch die Nutzung neuer digitaler Technologien erschließen sich neue Wege, Daten zu erheben und vor allem, die riesigen Mengen auch schnell zu analysieren. Das ist das Fundament dafür, Krankheiten besser zu diagnostizieren, zu überwachen und zu behandeln, wenn nicht sogar sie zu verhindern. Für die DGDM ist die Digitalisierung elementar, um Medizin zukunftsicher zu gestalten. Auch, weil durch eine bessere Datennutzung viele Arbeitsprozesse leichter organisiert, die Patient:innensicherheit sowie die Patient:innen- und Mitarbeitendenzufriedenheit erhöht werden können und ohne sie kein medizinischer Fortschritt denkbar ist. „Eine gute Verfügbarkeit von Daten ist die Voraussetzung dafür, dass viele digitale Projekte überhaupt gelingen können. Gleichzeitig braucht es eine gute digitale Infrastruktur, damit diese Daten auch genutzt werden können“, sagt Masanneck. Kliniken, die sich schon früh auf den Weg gemacht hätten, eine gute Dateninfrastruktur zu schaffen und auf digitale

Patientenakten umgestiegen seien, ernteten heute die Früchte. „Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf hat zum Beispiel ein riesiges Datengoldstück aus vielen Millionen Patientenfällen. Das sind so viele, dass sie jetzt ihre eigenen KI-Modelle trainieren und anderen Kliniken zur Verfügung stellen können“, sagt Lars Masanneck. Das ist aber längst noch nicht überall gegeben.

Vergebene Chancen für die Versorgung

Dass viele Daten im Gesundheitssystem nicht genutzt werden, hat nicht nur Auswirkungen auf die Wissenschaft, sondern auch auf den Versorgungsalltag. „Das beste Beispiel ist diese enorme Redundanz, die wir im Gesundheitssystem haben. Die meisten Patient:innen bringen ihre Laborwerte auf Papier mit, weil die in der Regel in die Klinik gefaxt werden, was nicht immer reibungslos funktioniert. Allein, wie oft wir Laborwerte doppelt erheben, zeigt: Selbst bei so gut definierten, strukturierten und teuren Gesundheitsdaten wie Laborwerten kriegen wir es nicht hin, sie sinnvoll zu nutzen“, so Masanneck. „Wenn jetzt noch weitergedacht wird: Mit unstrukturierten Daten, die in einem KIS oder PVS liegen, ist es noch viel extremer. Die Daten liegen irgendwo in einem Silo, sind im schlimmsten Fall versiegelt und auch im schlimmsten Fall in einem Format gespeichert, so dass wir sie gar nicht transformieren können. Ich bin darauf angewiesen, dass Daten effizient, strukturiert und gut erfasst übermittelt werden, damit ich auch den Patient:innen am Ende gerecht werde.“ Stattdessen sieht der Alltag so aus, dass aufgrund fehlender Interoperabilität, zum Teil auch innerhalb eines Krankenhauses, durchaus Informationen verloren gehen. Selbst, wenn die Beschreibung der aktuellen Situation zum Teil ernüchternd klingt, Masanneck ist zuversichtlich: Im Moment sei in diesem Bereich viel Bewegung erkennbar. Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte, die zwar noch Verbesserungspotenzial aufweist, wird zumindest schon ein Informationsaustausch erzwungen. Auch, wenn dieser noch unstrukturiert sei und noch nicht reibungslos verlaufe. „Man mag die ePa belächeln. Aber im Grunde ist es vom Nichts zur ePa ein großer Schritt. Unstrukturierte PDF-Dateien können immerhin auch im Nachhinein strukturiert werden, wenn man es denn möchte.“

Wie mangelnde Interoperabilität behoben und perspektivisch damit auch die ePa auf ein anderes Niveau gehoben werden kann, wird am Fraunhofer-Institut für Experimentelles Software Engineering (IESE) untersucht. Denn das Problem ist erheblich. „Grundsätzlich ist es so, dass wir im deutschen Gesundheitswesen viele Säulen haben, die parallel gewachsen sind. Das beschränkt sich nicht nur auf die verschiedenen Sektoren, sondern spiegelt sich tatsächlich auch in der verwendeten Software und Hardware wider. Die Geräte können nicht miteinander kommunizieren, obwohl sie zum Teil ähnliche Daten nutzen oder erfassen“, sagt Datenwissenschaftler Stephan O. Adler. Er arbeitet am Fraunhofer-IESE in der Abteilung Digital Health Engineering. Es ist eine bunte Mischung von Krankenhausinformationssystemen (KIS) oder

Praxisverwaltungssystemen (PVS), die im Gesundheitswesen nebeneinander in Betrieb ist. Für deren Hersteller lohnt es sich zunächst nicht, an der bestehenden Situation etwas zu ändern. Das führt zu gewissen Schnittstellenkonflikten und damit zu vielen Umwegen, wie Daten im Gesundheitswesen transportiert werden. „Daten werden vielleicht als PDF-Datei semidigital verschickt, ausgedruckt, gefaxt oder auf Papier geschrieben und in die nächste Abteilung getragen. Solche Abläufe sind üblich. Das ist alles andere als effizient und tatsächlich auch nicht sehr sicher. Gerade diese Art von Datenaustausch ist natürlich fehleranfällig“, so Adler. Schnell könne sich ein Tippfehler einschleichen, wenn Informationen aus einem PDF oder einem Papierdokument wieder in ein neues System übertragen werden müssen. Insbesondere auch mit Blick auf den Zeitdruck, der auf Beschäftigten im Gesundheitssystem lastet.

FHIR-Starter soll Datenaustausch erleichtern

Um den Datenaustausch einfacher zu gestalten, wird seit Jahren international an Lösungen gearbeitet. Seit Jahrzehnten werden Standards entwickelt, über die Gesundheitsdaten effektiver gespeichert und ausgetauscht werden können. Der Standard, der momentan international am meisten Bedeutung gewinnt, ist FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources). Nur: Im Moment wird FHIR nicht standardmäßig unterstützt. Das heißt, viele KIS und PVS können die Struktur der medizinischen Daten, wie sie über FHIR vorgenommen wird, nicht auslesen. Das soll sich ändern, denn die KIS- und PVS-Hersteller stehen mittlerweile in der Pflicht, für ihre Systeme eine FHIR-Schnittstelle anzubieten. In der aktuellen, seit Januar 2025 geltenden IOP-Governance-Verordnung wird festgelegt, dass gewisse Standards und Profile angeboten werden müssen. Diese beruhen in großen Teilen auf FHIR. „Aber das Ganze wird noch wenig genutzt und viele Daten liegen noch nicht in der entsprechenden Form vor“, erläutert Stephan O. Adler. Veranschaulichen lässt sich das gut mit der elektronischen Patientenakte. In dieser werden zum Teil bereits Dokumente gespeichert, oftmals aber als PDF. Dieses unstrukturierte Datenformat macht es allerdings schwierig, mit den Daten arbeiten und sie effizient nutzen zu können. „Man kann das Format nicht oder nicht effizient durchsuchen, keine Kohorten erstellen. Alle Tools, die eigentlich im Bereich Datenanalyse und künstliche Intelligenz eingesetzt werden, sind darauf nicht anwendbar. Beziehungsweise nur mit enormem Zeit- und Personalaufwand, um alles in eine strukturierte Form zu bringen“, so Adler.

An dieser Stelle setzt das Projekt FHIR-Starter an. Unter Leitung des Fraunhofer IESE wird seit Februar dieses Jahres das Ziel verfolgt, einen Software-Dienst zu entwickeln, der die Daten automatisiert in eine strukturierte Form bringt. Zum Beispiel Arztbriefe oder Pathologieberichte, die als PDF-Dateien vorliegen, sollen darüber eingelesen und mit Hilfe von KI – sogenannten Large Language Modellen – analysiert werden. Diese sollen alle Informationen, die für FHIR nutzbar sind, ex-

trahieren und aufbereiten sowie mit Codes der Kodiersysteme LOINC und SNOMED-CT versehen. Am Ende wird alles in das medizinische Standard-Datenformat FHIR überführt und kann dann gespeichert oder versendet werden. Durch dieses Vorgehen sollen die vielen Gesundheitsdaten, die eigentlich im System vorliegen, tatsächlich auch nutzbar gemacht werden. Stephan O. Adler sieht das Projekt als eine Art Übergangslösung. Denn es ist klar, dass langfristig eigentlich alle medizinischen Daten in strukturierter Form vorliegen und idealerweise FHIR-fähig sein sollten. „Unstrukturierte Daten müssen nicht komplett verschwinden. Aber sie sollten dann nicht ausschließlich papierbasiert ausgetauscht werden. Oder wenn ein PDF zur anderen Abteilung geschickt wird, sollte dies parallel mit den entsprechenden FHIR-Informationen geschehen“, ergänzt Adler. „An strukturierten Datenstandards wird man in Zukunft nicht vorbeikommen. Einfach, um die generelle Nutzbarkeit der Daten zu erhöhen.“

Steht am Ende der digitale Zwilling?

Wie sich unser Gesundheitssystem dadurch weiterentwickeln könnte? Stephan O. Adler sieht einen barrierefreien, effizienten und einheitlichen Datenaustausch zwischen Institutionen, Praxen und Kliniken. Und auf lange Sicht wären auch sogenannte digitale Zwillinge technisch denkbar und sinnvoll. „Jede Person hätte dann nicht nur einen kleinen Datensatz, der mit ihr assoziiert ist, sondern ein richtiges System. Darin werden alle Daten gesammelt, abgeglichen, zwischendurch analysiert und beispielsweise Hinweise zum Gesundheitszustand gegeben. Dafür könnten dann auch Daten aus Wearables eingespielt werden. Die Ärzt:innen erhalten direkt eine Zusammenfassung“, erzählt Stephan O. Adler. Wie schnell so etwas tatsächlich umgesetzt werden könne, hänge von der Reformfreude in diesem Bereich ab. Was außerdem davon abhält, weitreichende Zukunftsvisionen zu entwickeln, ist die Finanzierungslage. Digitalisierung kostet. Und auch, wenn das Gesundheitswesen durch den Umstieg auf Digitalisierung langfristig Kosten sparen wird, sind Finanzierungspläne systembedingt zu kurzfristig, oft nur auf Jahresbasis angelegt. Das schreckt ab, ein neues System einzuführen oder innovative Projekte umzusetzen. „Vieles ist technisch schon möglich, aber die Rahmenbedingungen stimmen noch nicht, um damit gleich loszulegen. Sei es die ökonomische Seite, der Datenschutz oder auch ethische Aspekte“, ordnet Stephan O. Adler die Lage ein. Auch in Bezug auf künstliche Intelligenz gebe es in der Gesetzgebung noch Lücken – schon allein deshalb, weil in diesem Bereich so rasch Fortschritte erzielt werden, dass die Politik nicht hinterherkommt. Insgesamt muss aus Adlers Sicht, was passende Rahmenbedingungen betrifft, noch mehr passieren. Weil es wichtig ist, neue Technologien zu ermöglichen, diese angemessen einzusetzen und dadurch Gesundheitsdaten optimal zu nutzen. Damit das Gesundheitssystem als Ganzes sinnvoll und zum Nutzen aller weiterentwickelt werden kann.

Auch hier hat die Zukunft längst begonnen Gesundheitsdaten aus Uhr, Ring, Atemmaske oder Pflaster eröffnen neue Perspektiven in der Versorgung

Als Fitnesstracker sind Wearables längst etabliert. In der Medizin sind diese digitalen Technologien noch nicht angekommen. Doch das ändert sich langsam. Durch eine kontinuierliche Aufzeichnung von Gesundheitsdaten eröffnen sich neue Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Wir stellen einige Forschungsprojekte vor, die mit dem Einsatz von Smartwatches und anderen Sensoren die Medizin voranbringen wollen.

Entwicklung erst in den Anfängen, aber...

In einigen Jahren könnte die Früherkennung für erste Krankheiten funktionieren

Amerika, das Land der Superlative. Ende Juni verkündete Gesundheitsminister Robert F. Kennedy Jr. eine der größten Werbekampagnen, um die Nutzung von Wearables voranzutreiben. In der Freizeit werden diese kleinen, tragbaren Computersysteme bereits seit Längerem immer beliebter. Sie werden direkt am Körper getragen, zum Beispiel als Uhr, Ring, Pflaster oder auch Kleidung. In Amerika sollen nun, wenn es nach dem Gesundheitsminister geht, bis zum Ende seiner Amtszeit in vier Jahren alle Amerikaner Wearables tragen. Für das Gesundheitsministerium seien die Geräte wie zum Beispiel Smartwatches ein Schlüsselement, um die Agenda „Making America Healthy Again“ umzusetzen. „Es ist eine Möglichkeit, wie Menschen die Kontrolle über ihre eigene Gesundheit übernehmen können“, sagte er bei einer Anhörung zum Haushaltsantrag seines Ministeriums für 2026. In Deutschland ist so eine Initiative schwer vorstellbar. Allein, weil es hohe Datenschutzbedenken gibt. Was genau mit den sensiblen Gesundheitsdaten passiert, die im Alltag auf der Smartwatch erhoben werden, bleibt unklar. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik warnte erst Anfang des Jahres vor Sicherheitslücken bei Wearables.

In der Medizin wird kontinuierliches, nicht-invasives Monitoring von Vitalparametern über diese kleinen Messgeräte von Expert:innen dennoch als eine Methode mit großem Potenzial eingeschätzt. Mit besonderen Datenschutzkonzepten werden sie derzeit in der Forschung getestet. Großes Potenzial wird darin gesehen, dass über Wearables durch das Messen von Vitalparametern wie Atemfrequenz, Körpertemperatur oder Schrittzahl ganz konkrete Aussagen zum Gesundheitszustand der Nutzer:innen getroffen werden können. Denn die Daten, die darüber gewonnen werden können, sind sehr viel detaillierter und umfassender als sie bei einem Termin bei Ärzt:innen überhaupt erfasst werden könnten. Der Einsatz dieser digitalen Technologie könnte aber nicht nur der direkten Gesundheitsversorgung zugutekommen, sondern auch die Arbeitslast von ärztlichem und pflegerischen Personal reduzieren, da bisher übliche Maßnahmen zur Überwachung von Patient:innen zeit- und ressourcenintensiv sind.

Prof. Dr. Can Dincer, der die Professur „Sensors and Wearables for Healthcare“ an der Technischen Universität München innehat, gibt aber auch zu bedenken, dass trotz technologischer und medizini-

Prof. Dr. Can Dincer:

„Wollen wir in Deutschland den Wearable-Markt anderen Ländern wie China oder Amerika überlassen?“

scher Fortschritte in diesem Bereich, die Sicht auf die Patient:innen nicht vergessen werden darf: „Man muss auch berücksichtigen, wie die Patient:innen damit umgehen. Fühlt man sich zum Beispiel durch das ständige Messen seiner Herzrate unter Druck gesetzt? Werden dadurch Ängste verstärkt?“ Es mache deshalb eine Zusammenarbeit von vielen Disziplinen erforderlich, um alle Aspekte bei der Nutzung von Wearables gut abzudecken – auch zum Schutz der Nutzer:innen. Mit Antritt seiner Professur hat Dincer angefangen, selbst eine Smartwatch zu tragen – und hat festgestellt, dass diese Technologie durchaus noch Grenzen hat. Beispielsweise sei die Messung für den Blutdruck nicht gut. Herzrate und Sauerstoffgehalt seien zwar in Ordnung, könnten aber auch noch nicht mit speziell dafür zertifizierten Medizinprodukten mithalten. „Das sind momentan zwar noch schöne Spielzeuge, aber klinisch wenig verwertbar. Auch, wenn die erhobenen Daten natürlich einen Trend je nach Fragestellung aufzeigen können“, lautet seine Einschätzung.

Die Sache wird noch schwieriger, wenn es nicht um physikalische, sondern biochemische Parameter geht. Für eine kontinuierliche Messung sind Sensoren in diesem Bereich bislang noch nicht geeignet. Dincer forscht mit seinem Team an Atemgassensorik. Sein Sensor soll in einer Atemmaske integriert werden. Über die Atemluft möchte er verschiedene Metabolite messen, zum Beispiel Glukose oder Laktat. Auch für Medikamente wäre ein Einsatz denkbar, um

die richtige Dosierung überprüfen zu können. Zielgruppe könnten dann zum Beispiel Patient:innen auf der Intensivstation oder im OP sein. „Für das Anästhetikum Propofol gibt es derzeit noch kein Monitoringsystem. Durch einen Sensor ließe sich die Medikamentengabe in Zukunft vielleicht besser kontrollieren, damit niemand während einer OP aufwacht“, sagt Dincer.

Dass Wearables in Deutschland tatsächlich immer beliebter werden, hätte Can Dincer noch vor 23 Jahren – dem Zeitpunkt seiner Ankunft in Deutschland – nicht für möglich gehalten: „Diese Entwicklung ist verblüffend. Ich hätte nicht gedacht, dass man die Deutschen trotz vieler Fragen zum Datenschutz davon überzeugen kann, Smartwatches oder andere Wearables zu nutzen.“ Was er dabei aber vermisst, ist eine aktive Förderungspolitik in diesem Bereich. Wollen wir in Deutschland den Wearable-Markt anderen Ländern wie China oder Amerika überlassen? „Den Einsatz von Wearables in der Medizin sieht er positiv. Dadurch könnten in Zukunft Diagnosen schneller und Therapien besser werden, was die Kosten des Gesundheitssystems senken würde. Ärzt:innen könnten in der Diagnostik entlastet werden. Irgendwann könnten sogar Krankheiten diagnostiziert werden, obwohl noch keine Symptome erkennbar seien. Aber: „Da sind wir nicht. Noch nicht mal ansatzweise.“ In fünf bis zehn Jahren könnte die Entwicklung schon so weit sein, dass die Früherkennung für erste Krankheiten funktioniert, schätzt Dincer vorsichtig.



Foto: Andreas Hübner

Mehr Sicherheit in der ambulanten Krebstherapie Drohende Komplikationen durch Monitoring rechtzeitig erkennen

Eine Erfolgsquote von 90 Prozent – dieses Ergebnis kann sich sehen lassen. „Das hat uns selbst auch positiv beeindruckt“, sagt Dr. Malte Jacobsen, Funktionsoberarzt in der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin der Uniklinik RWTH Aachen. In einem Forschungsverbund der Universitätskliniken Aachen und Düsseldorf arbeitet er seit 2018 daran, mit Hilfe von KI und Wearables bei Hämato-/Onkologischen Patient:innen, die eine intensive Chemo- oder Immuntherapie erhalten, rechtzeitig lebensgefährliche Komplikation zu erkennen. Gerade im ambulanten Setting werden diese durch ein lückenhaftes Monitoring oft erst spät erkannt – onkologische Patient:innen kommen routinemäßig zur Kontrolle in eine Tagesklinik oder Spezialambulanz. In der Zeit dazwischen verbringen sie zu Hause ihren Alltag. Das heißt, sich anbahnende Komplikationen zu erkennen hängt auch davon ab, ob die Patient:innen selbst erste Symptome wahrnehmen und ihren Gesundheitszustand richtig einordnen. Geschieht das nicht rechtzeitig, hat das in der Regel schwere Verläufe und aufwändige medizinische Maßnahmen zur Folge. Eine kontinuierliche Fernüberwachung in Echtzeit, mit Hilfe von medizinischen Wearables und KI, kann eine Möglichkeit bieten, dieses Komplikationsrisiko deutlich zu senken.

„Häufig handelt es sich bei den Komplikationen um Infektionen. Diese gehen durchaus mit Veränderungen der physiologischen Parameter einher. Das macht sie so gut detektierbar, weil diese Daten kontinuierlich durch Wearables abgebildet werden können“, erklärt Jacobsen. Es sind die üblichen Parameter wie Herzrate, Atemfrequenz, Bewegungsparameter oder Sauerstoffsättigung, die zweieinhalb Jahre lang von onkologischen Patient:innen über ein medizinisches Wearable im Rahmen einer ersten Machbarkeitsstudie erhoben wurden. Mit diesen Daten wurden dann KI-Algorithmen trainiert. Das Ziel: Eine KI sollte über Muster erkennen, wenn sich Komplikationen entwickeln. Dafür wählte man zunächst Vitaldaten aus, die zu einem Zeitpunkt ohne klinische

Komplikationen aufgenommen worden waren. Damit lernte die KI das Muster, wie sich Patient:innen individuell im Normalzustand verhalten. Wurden später davon abweichende Vitaldaten vorgelegt, ordnete die KI das als eine Komplikation ein.

Behandlungspfade können verbessert werden

Das Vorgehen hatte sich bewährt: Bis zu 90 Prozent der Events konnten sogar bis zu 48 Stunden vor der klinischen Diagnose erkannt werden. „Was den Einsatz dieser Technologie so spannend macht: Fast jeder Patient durchläuft eine Komplikation, die am Ende behandlungsbedürftig ist. Weil viele dieser Komplikationen am Anfang recht gut therapierbar sind, macht das diese Früherkennung umso wertvoller“, sagt Jacobsen. Ein weiterer Nebeneffekt: Der Einsatz der digitalen Technologie könnte perspektivisch auch die klinischen Pfade verbessern, weil Patient:innen nur noch in die Ambulanzen bestellt werden müssten, wenn wirklich medizinischer Bedarf dafür besteht. Das würde nicht nur weniger Belastung für die Patient:innen bedeuten, sondern auch für Ärzt:innen und Pflegepersonal. „Es wird wichtig sein zu zeigen, dass durch den Einsatz dieser Technologie wirklich ein reduzierter Arbeitsaufwand für das medizinische Personal entsteht. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels sollten die Ambulanzen entlastet werden“, erklärt Malte Jacobsen. Noch geschieht die Auswertung der Daten retrospektiv, weil es sich bei der Anwendung um kein Medizinprodukt handelt und deshalb keine medizinischen Handlungen abgeleitet werden dürfen. Angestrebt wird eine Echtzeitüberwachung. Damit einher geht auch das Risiko von Fehlalarmen, also dass Patient:innen in die Ambulanz bestellt werden, obwohl bei ihnen keine Komplikationen bestehen. „Es ist unsere Aufgabe und auch die der Wearable-Hersteller, die Zahl von Fehlalarmen so niedrig wie möglich zu halten. Und es gilt ebenfalls zu zeigen, wie gut das Ganze in den Versorgungsablauf integriert werden kann.“

So weit ist man aber noch nicht. Grundsätzlich sieht Jacobsen in der Nutzung von kontinuierlich aufgezeichneten Gesundheitsdaten eine große Chance, die ambulante Krebstherapie sicherer zu machen. Es gibt aber auch Grenzen: „Nicht alle Komplikationen sind mit den Wearables gleich gut zu erfassen“, räumt Malte Jacobsen ein. Gingen

Dr. Malte Jacobsen:

„Es ist unsere Aufgabe und auch die der Wearable-Hersteller, die Zahl von Fehlalarmen so niedrig wie möglich zu halten. Und es gilt ebenfalls zu zeigen, wie gut das Ganze in den Versorgungsablauf integriert werden kann.“



Foto: Uniklinik RWTH Aachen

Komplikationen mit Veränderungen physiologischer Parameter einher, seien die Wearable-Daten zuverlässig zu nutzen. Laborwertveränderungen hingegen könnten durch diese nicht-invasive Methode nicht beziehungsweise sehr spät erkannt werden. In der Folgestudie, die vor Kurzem gestartet ist, werden die Daten nun erstmals automatisiert mit Hilfe einer App übertragen. Zuvor wurden unter großem Arbeitsaufwand alle Daten von den Smartwatches händisch übertragen.

Die ersten Patient:innen konnten bereits in die Studie eingeschlossen werden. Die Bereitschaft, sich am Forschungsprojekt zu beteiligen, sei groß. Auch, um dazu beizutragen, die aktuelle Versorgungssituation zu verbessern. „Die Hoffnung ist, dass einmal diese Fernüberwachungsoption besteht. Denn, das geht aus vielen Gesprächen mit den Patient:innen hervor: Sie würden sich dann natürlich viel lieber im häuslichen Umfeld aufhalten als die ganze Zeit im Krankenhaus.“

Wie Datenerhebung in der Neurologie helfen kann

Ein kleines Puzzleteil beim Versuch, Krankheitsverläufe besser einordnen zu können

„Wenn man sich die Gesamtheit der Daten im Gesundheitswesen anschaut, glaube ich nicht, dass Smartwatches alles revolutionieren werden“, sagt Dr. Lars Masannek. Der Neurologe ist Co-Leiter der AG Digitale Translation am Universitätsklinikum Düsseldorf. Trotzdem: Er sieht in den Wearables eine riesige Chance, um Krankheitsverläufe besser zu erfassen und zu objektivieren. An seiner Klinik gibt es einen neuroimmunologischen Schwerpunkt. Das heißt, es werden dort Menschen mit entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems behandelt. Bewegung und Gehfähigkeit spielen bei den Betroffenen eine große Rolle. Wenn Patient:innen berichten, dass es ihnen schlechter geht, stellt sich oft die Frage, wie das gemessen werden kann. Gerade in der Neurologie herrschten da noch begrenzte Möglichkeiten. Verringert sich die Schrittzahl, die Betroffene am Stück laufen können, ist das über die gängigen Scores schwer zu fassen. „Oft führen wir Tests durch, in denen wir die Zeit messen, wenn unsere Patient:innen eine bestimmte Strecke zurücklegen. Wiederholen wir den Test am nächsten Tag, kommt dabei nicht selten eine andere Zeit heraus“, gibt Masannek als Beispiel an. Smartwatches hingegen, mit ihrer longitudinalen Datenerfassung, können eine schleichende Verschlechterung besser abbilden. „Es ist ein kleines Puzzleteil beim Versuch, Krankheitsverläufe besser einordnen zu können. Und wir wollen unseren Patient:innen etwas an die Hand geben: Wenn wir durch die Smartwatch feststellen, dass jemand in diesem Jahr viel weniger Schritte gegangen ist als im letzten Jahr, ist das gegebenenfalls ein klinisch relevanter Punkt und es zeigt uns, dass die Erkrankung tatsächlich schlechter geworden ist“, erklärt Masannek. Dann könne man versuchen, gegebenenfalls die Medikation besser ein- oder sogar umzustellen.

Das Ziel der Arbeitsgruppe ist es, die Digitale Medizin voranzubringen. „Unsere Expertise ist es, digitale Technologien in der Klinik einzusetzen und zu translatisieren. Zu gucken, was wir zum Beispiel mittels Smartwatches messen können und wie das mit anderen klinischen Daten korreliert, die wir parallel dazu erheben“, beschreibt Lars Masannek das Vorgehen. So erhalten teilnehmende Patient:innen beispielsweise nicht nur Wearables, sondern auch zusätzlich die Standard-Untersuchung für die jeweilige neurologische Erkrankung. Dazu gehören unter anderem MRT und Blutbiomarker. „Wir versuchen durch dieses Zusammenspiel herauszufinden, ob man aus den digitalen Technologien und den damit erzeugten Daten neue Erkenntnisse finden kann.“

Aus Daten von der Smartwatch krankheitsspezifischere Marker herausrechnen

Insgesamt werden 200 Smartwatches für diese Forschungszwecke eingesetzt. „Es geht uns darum: 30 Prozent der Deutschen haben eine Smartwatch. Die Daten werden jeden Tag produziert, aber wir machen sie überhaupt nicht fürs Gesundheitssystem nutzbar. Das zu ignorieren ist fahrlässig. Wir wollen zeigen, dass bei manchen neurologischen Erkrankungen bestimmte Werte die Krankheitschewebe oder Krankheitsaktivität gut widerspiegeln können“, sagt Masannek. Um dieses Potenzial, das in den Wearable-Daten schlummert, zu heben, brauche es wissenschaftliche Studien. „Einfach zu behaupten, dass es funktioniert und sinnvoll ist, entspricht eben nicht der medizinischen Evidenz.“ Schon jetzt zeige sich in Studien, dass bestimmte Krankheitscharakteristika mit einigen Parametern wie Schrittzahl,

Prof. Lars Masanneck:

„Die Daten werden jeden Tag produziert, aber wir machen sie überhaupt nicht fürs Gesundheitssystem nutzbar. Das zu ignorieren ist fahrlässig.“



Herzfrequenz oder Schlafqualität zusammenhängen. Zum Beispiel kommt bei Multiple Sklerose-Patient:innen oft Fatigue vor. „Das ist im Alltag unfassbar schwer zu messen. Ich kann aber bestimmte Parameter definieren, die mir dann aufschlüsseln, dass der Patient sich abends weniger bewegt, weil er erschöpft ist. Oder dass er keine große Leistungskapazität hat, weil er seine Schrittgeschwindigkeiten nicht variiert.“ Das heißt, aus den relativ einfachen Metriken, die eine Smartwatch bereitstellt, könne man krankheitsspezifischere Marker herausrechnen.

Die Patient:innen, die an den Studien teilnehmen und zum Teil auch im höheren Alter von 60 bis 80 Jahren sind, seien begeistert – und kauften sich oft danach eine eigene Smartwatch. Wie, um diese Aussage zu unterstreichen, zeigt Lars Masanneck eine Grafik. Sie bildet die Tragedauer der Smartwatches ab, also an wie vielen Tagen die Wearables tatsächlich von den Studienteilnehmenden genutzt wurden. Rot bedeutet, die Smartwatch war inaktiv. Grün, dass sie am Handgelenk Daten aufgezeichnet hat. Es überwiegt ganz eindeutig die grüne Farbe. Die Akzeptanz für diese Technologie ist bei den Patient:innen groß. Komplizierter mache die Forschung nur die enge Abstimmung mit dem Datenschutz und der Ethik. Auch die Frage, wie man neue Technologien am besten in Klinikabläufe einbindet, sei bisweilen herausfordernd. Insgesamt sieht Lars Masanneck die Prozesse

aber gelassen: „Das ist ähnlich wie bei den DiGAs. Anfangs haben sie nur 20 Prozent aller Ärzt:innen in Deutschland verschrieben. Mittlerweile sind es deutlich mehr als die Hälfte. Man muss erst einmal den Umgang damit lernen und erkennen, wo die Vorteile von neuen Technologien liegen. Man muss sich immer weiter fortbilden, ansonsten wird die Digitalisierung nicht funktionieren. Bei Medikamenten machen wir das ja auch und bei neuen Technologien ist es nicht anders.“ Lars Masanneck sieht im kontinuierlichen Monitoring von neurologischen Patient:innen auch eine gute Möglichkeit, dass diese in Zukunft unabhängiger von spezialisierten Zentren sein könnten. In diesen erfolgt die oft komplexe Diagnostik und Behandlung neurologischer Erkrankungen. In ländlichen Regionen, wo die Abdeckung durch solche Zentren nicht überall gegeben ist, könnten solche innovativen Ansätze dazu beitragen, den Versorgungsbedarf besser zu decken.

Auf dem Weg zur virtuellen Routineversorgung von Herz-Kreislauferkrankungen
Wearables könnten für Herzrhythmuspatienten ein Gamechanger sein

Das Gesundheitsbewusstsein nimmt zu, ebenso die Selbstbestimmung der Patient:innen. Das äußert sich immer öfter auch durch die Nutzung von Wearables, um die eigene Gesundheit im Blick zu behalten. „Das sind alles Entwicklungen, denen kann man sich nicht verschließen“, sagt Prof. Dr. Dr. Andreas Bollmann, Geschäftsführer am Helios Health Institute. Wenn er vom Gesundheitssystem der

Zukunft spricht, dann muss sich dieser Aspekt für ihn deshalb auch in den Strukturen und Arbeitsprozessen widerspiegeln. Herz-Kreislauferkrankungen zählen in Deutschland zu den häufigsten Todesursachen. Vorhofflimmern wiederum gehört zu den am häufigsten vorkommenden Formen von Herzrhythmusstörungen, die zudem ein erhöhtes Schlaganfallrisiko zur Folge haben. Den Patient:innen

die nötige Aufmerksamkeit, die beste Diagnostik und Therapie zu schenken, die sie aufgrund schwerster Herzrhythmusstörungen tatsächlich brauchen, steht dabei im Mittelpunkt. In einem System, das durch knapper werdende Ressourcen eingeschränkt wird, ist das ein herausforderndes Ziel. Gesundheitsdaten, die jederzeit unkompliziert durch Patient:innen selbst aufgezeichnet können, sollen dabei helfen, das in die Tat umzusetzen.

Wearables sieht Bollmann dabei als einen festen Bestandteil. Die EKGs, die mit Smartwatches gemessen werden können, sind hochwertig – das wurde in mehreren Studien des Leipziger Herzzentrums bereits festgestellt. Die Datenqualität gilt mittlerweile als so gut, dass europäische Leitlinien eine Diagnose mit Hilfe von Wearable-EKGs zulassen. Doch diese Daten werden in der Medizin häufig noch nicht genutzt. Dabei könnte das für die Versorgung von Herzrhythmuspatient:innen ein Gamechanger sein. Arrhythmien treten meist zeitlich sehr begrenzt auf: Im einen Augenblick machen sie sich durch unangenehme Symptome wie Herzasen, Schwindel und Herzschmerzen bemerkbar. Suchen Betroffene beispielsweise Hilfe in der Notaufnahme, kann dort meist nur noch ein normaler Rhythmus festgestellt werden. In dieser Situation die passende Behandlung einzuleiten, ist schwierig – je nach Ursache der Rhythmusstörung kann sie sich deutlich unterscheiden. Während im einen Fall Medikamente angeraten sind, ist es im anderen eine Katheterablation. Und in einem dritten Fall ist gar keine Behandlung erforderlich.

Digitale Technologien wie Smartwatches bieten hier einen Ausweg. Man trägt sie jederzeit bei sich und kann tatsächlich zum Zeitpunkt einer Rhythmusstörung ein EKG aufzeichnen. Dadurch eröffnen sich neue Wege, um nicht nur Patient:innen gezielt helfen zu können, sondern auch Versorgungsstrukturen zu entlasten. Denn werden Patient:innen in die Lage versetzt, durch innovative Technologien selbst ihre Diagnostik vorantreiben zu können, sind Notarzteinsätze, Einlieferungen in die Notaufnahme, Haus- und Facharzttermine für die Diagnostik vermeidbar oder zumindest reduzierbar. Ein EKG muss nicht mehr nur ausschließlich von Ärzt:innen erhoben werden. „Wearables werden bleiben und einen medizinischen Nutzen haben. Die Frage ist: Wie integriert man sie datenschutzkonform in bestehende Strukturen, so dass sowohl für Patient:innen als auch Ärzt:innen und Pflege ein ordentlicher Arbeitsprozess möglich ist?“, sagt Bollmann.

Das wurde am Helios Herzzentrum Leipzig und Helios Health Institute von Wissenschaftler:innen im TeleWear-Projekt überprüft und eine technische Lösung erarbeitet. Auf einer Smartwatch aufgezeichnete EKGs konnten von Patient:innen bis dahin lediglich als PDF-Datei in einer E-Mail an die Klinik geschickt werden – datenschutzkonform war das nicht. Zudem konnten Kardiolog:innen in diesem Dateiformat das EKG nicht weiter digital vermessen. Es wurde also eine Plattform aufgebaut, die das alles sicherer und einfacher gestalten sollte. Eine App wurde entwickelt, über die Patient:innen mit wenigen Klicks ihren Gesundheitszustand sowie mögliche Beeinträchtigungen im Alltag in sogenannten Patient Reported Outcomes beschreiben, ihre EKGs hochladen und alle Daten datenschutzkonform verschicken konnten.

Ähnlich unkompliziert war es für die Kardiolog:innen, die diese Plattform nutzten. Für sie wurde eine Benutzeroberfläche eingerichtet, über die sie Zugriff auf alle

Patient:innendaten hatten. Daten konnten schnell ausgewertet, EKGs befundet und eine ärztliche Rückmeldung direkt an die Patient:innen gesendet werden. In Zukunft wäre denkbar, das weiter auszubauen und über diesen virtuellen Kontakt Therapieanpassungen vorzunehmen. Aktuell ist das stets mit einem Arztbesuch verbunden. „Für Arrhythmiepatient:innen bedeutet das, dass sie teilweise fünf Stunden in der Ambulanz warten müssen, um eine Medikation zu ändern. Für den klinischen Alltag wäre es eine große Erleichterung, dieses Vorgehen zu ändern“, sagt Dr. Johannes Leiner, Assistenzarzt in der Abteilung für Rhythmologie am Herzzentrum Leipzig. Er war federführend am TeleWear-Projekt beteiligt.

Leipziger Herzzentrum hat gezeigt, was möglich ist

„Das ist ein einwandfreies Tool geworden, über das man wesentliche Informationen erhält, die man als Kliniker braucht, um Patient:innen gut beraten zu können“, sagt Leiner. Das Helios Herzzentrum Leipzig hat gezeigt, dass dieser Ansatz technisch umsetzbar ist und eine virtuelle Routineversorgung von Patient:innen mit Herz-Kreislauferkrankungen möglich machen kann: Merken Patient:innen zu Hause, dass sie Symptome zeigen, können sie ein EKG aufzeichnen und es direkt in die Spezialklinik schicken. Innerhalb von zwei Tagen käme eine ärztliche Rückmeldung. Momentan zieht sich der Zeitraum von der Diagnose bis zur Therapie über Monate hin und ist mit diversen Terminen bei Haus- und Fachärzt:innen verbunden. „Würde diese Plattform in der klinischen Routine zur Anwendung kommen, wäre das eine enorme Erleichterung unseres Arbeitens“, betont Leiner.

Bis diese oder eine vergleichbare Plattform tatsächlich in der Regelversorgung ankommen könnte, wird aller Voraussicht nach noch viel Zeit vergehen. Das TeleWear-Projekt wurde durch Steuermittel von Sachsen gefördert. Seit Abschluss des Projektes im Jahr 2024 ruht die Plattform jedoch. Für diese telemedizinische Versorgung existiert in der klinischen Routine keine entsprechende Vergütung. Ein weiterer Punkt: Würde die Plattform außerhalb des Studienkontexts angewendet, handelte es sich um ein Medizinprodukt. Das bedeutet ein Mehraufwand an Regulatorik und Kosten, der sich über Jahre hinzieht und nicht zum Aufgabenbereich von Kliniken gehört. Andreas Bollmann und Johannes Leiner sind dennoch optimistisch, dass sich Wege finden werden, das Projekt weiterzuverfolgen.

Für die Zukunft wünscht Johannes Leiner sich die Telemedizin als integralen Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit: „Dass alle technischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden statt weiterhin nur auf die begrenzten Möglichkeiten von beispielsweise Langzeit-EKGs zu setzen.“ Wichtig ist für ihn auch, bei der Nutzung solcher innovativen Tools ökonomisch benachteiligte Gruppen nicht auszuschließen – denn eine geeignete Smartwatch kostet durchaus mehrere hundert Euro. Für die müssen Patient:innen heute selbst aufkommen. Um diese Zukunftsperspektive tatsächlich zu verwirklichen, braucht es weitere klinische Daten, die mögliche Vorteile für die Patient:innen wissenschaftlich belegen. Das Herzzentrum Leipzig und das Helios Health Institute haben dafür eine erste Datengrundlage geschaffen.



Prof. Dr. Dr. Andreas Bollmann,
Geschäftsführer am Helios Health Institute

Interview mit Dr. Olaf Gaus, Digitale Modellregion Gesundheit Dreiländereck, zur Datenmedizin

Mit Datenmedizin die medizinische Versorgung für Ärzt:innen und Patient:innen entlasten – das ist eines unserer zentralen Ziele!

Immer weniger Ärzt:innen entscheiden sich in ländlichen Regionen für die Niederlassung in einer Hausarztpraxis. Um dort auch in Zukunft die Gesundheitsversorgung zu sichern, wird in der Digitalen Modellregion Gesundheit Dreiländereck an Lösungen gearbeitet. Durch den Einsatz digitaler Technologien soll eine Datenmedizin aufgebaut werden. Daten stehen hier im Zentrum und werden als Chance für eine bessere Prävention, Diagnostik und Therapie gesehen. Wir haben mit dem geschäftsführenden Leiter der Digitalen Modellregion Gesundheit Dreiländereck, Dr. Olaf Gaus, darüber gesprochen, welche Erkenntnisse aus den bisherigen Projekten gewonnen werden konnten, welchen Nutzen eine Datenmedizin für Patient:innen und Ärzt:innen hat und was es bräuchte, um das Gesundheitssystem zukunftssicher aufzustellen.

HB Magazin: In der Digitalen Modellregion Gesundheit Dreiländereck wird der Aufbau einer Datenmedizin als Ziel genannt. Warum braucht es das?

Dr. Olaf Gaus: Es gibt einen klaren Trend: Das Budget ist leer, die Krankenkassen denken über Beitragserhöhungen nach, das Bundesgesundheitsministerium kann nicht noch mehr Mittel zur Verfügung stellen. Wir stellen fest, dass wir uns unser Gesundheitssystem, so wie es heute ist, nicht mehr leisten können. Es läuft also alles darauf hinaus, dass wir uns mehr um uns selbst kümmern müssen als das in den vergangenen 20, 30 Jahren der Fall war. In der Diskussion geht es dann um die sogenannte Self Care. Aber was versteht man darunter und was muss sie leisten? Es ist sicher nicht damit getan, dass wir die Frequenz unserer Arztbesuche erhöhen. Vor allem nicht, wenn sich in der Folge keine neuen Erkenntnisse aus Gesundheitsdaten in einer verbesserten Volksgesundheit niederschlagen. Hier muss Datenmedizin ansetzen, wenn wir daran etwas ändern wollen.

Was soll denn durch Datenmedizin anders werden?

Wir haben 2021 angefangen, uns mit unserem ersten Projekt im ländlichen Raum aktiv mit dieser Thematik auseinanderzusetzen – Data-Health Burbach. Die Ausgangssituation sah folgendermaßen aus: In der Gemeinde Burbach gibt es eine Region namens Hickengrund. Zum damaligen Zeitpunkt waren dort zwei Hausarztpraxen für 6000 Menschen zuständig. Es gab also eine gewisse Offenheit gegenüber der Frage, wie die Praxen entlastet werden könnten. Das sollte über ein datenmedizinisches Self Care-Verfahren erreicht werden.

Was heißt das?

Wir haben eine individuelle Gesundheitsversorgung entlang von Krankheitsbildern im Blick. Eine Datenvermessung durch den Patienten selbst macht das möglich. Konkret hieß das im Projekt: Patientinnen und Patienten haben von uns konventionelle Aufzeichnungs-Devices erhalten und in ihrer Häuslichkeit – also zuhause oder im Pflegeheim – nach Vorgaben ihres Arztes selbstständig ihre Vitaldaten wie Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz oder Blutdruck gemessen und diese über eine von uns entwickelte App von einem Smartphone in eine medizinisch zertifizierte Cloud übertragen. Die teilnehmenden Hausarztpraxen konnten über ein dafür konzipiertes Webinterface die Daten dann abrufen.

Konnte das alles gut in den Praxisalltag integriert werden?

Häufige Krankheitsbilder wie Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, arterielle Hypertonie, Bluthochdruck, auch akute chronische Lungenerkrankungen konnten gut überwacht werden. Genauso ließ sich die postoperative Überwachung, die in der ambulanten Praxis nach der Entlassung aus einem Krankenhaus übernommen wird, hervorragend über das Monitoring durchführen. Die Bandbreite der berücksichtigten Krankheiten hing dabei von den verwendeten Geräten ab und welche Vitaldaten zum damaligen Zeitpunkt damit nicht-invasiv gemessen werden konnten. Was in diesem Bereich der nicht-invasiven Datenmessung möglich ist, wird sich mit der Zeit noch erweitern. Aber bestimmte Krankheiten wie Diabetes konnten wir nicht ins Projekt aufnehmen. Auch, wenn daran geforscht wird: Eine Uhr, die den Blutzucker messen kann, gibt es immer noch nicht. Tatsächlich kam es im Laufe der Projektdurchführung vor, dass einzelne Patient:innen aufgrund des Monitorings in die Praxis einbe-

stellt wurden, weil es gesundheitliche Ereignisse wie zum Beispiel einen überschießenden Blutdruck gab, der unmittelbar behandelt werden musste. Wir konnten also zeigen, dass neue Technologien fürs Gesundheitstracking als präventive Maßnahme erfolgreich eingesetzt werden können.

Ist solch ein Monitoring-Verfahren in Zukunft also ein Weg, um die Gesundheitsversorgung auch bei Ärztemangel in ländlichen Regionen sicherzustellen und zu verbessern?

Daten sind wichtig für die Gesunderhaltung von Patientinnen und Patienten. Das steht außer Frage. Die Verlaufsdarstellung der Vitaldaten dient der Überwachung des Gesundheitszustands von Patientinnen und Patienten sowie als Grundlage für die Anpassung von Therapien. Letzteres findet bisher allerdings nur dann statt, wenn mal wieder ein Arztbesuch ansteht und entsprechende Untersuchungen tatsächlich durchgeführt wurden. Über das digitale Monitoring läuft das alles zielgenauer. Das Gute daran ist: Je länger Patientinnen und Patienten dieses Monitoring betreiben, desto aussagekräftigere Datenreihen ergeben sich, über die Gesundheits- und Krankheitsverläufe festgestellt werden können. Darüber werden Erkenntnisse über Präventionsmöglichkeiten erlangt, wann eine Behandlung einsetzen sollte oder wie eine

Therapie angepasst werden müsste, um beispielsweise das Auftreten von Folgekrankheiten zu vermeiden beziehungsweise zu verzögern.

Die Datenmedizin ermöglicht also ein gezielteres Arzt-Patienten-Gespräch, was eine Voraussetzung für eine geeignete Therapie ist.

Ja. Allerdings ist Datenmedizin immer auch behaftet mit einem Akzeptanzproblem. Es kommen Fragen auf, wie: Was hat Gesundheit mit Daten zu tun? Ist das nicht eine Technisierung von Gesundheit? Die Versorgungsseite, wie Menschen miteinander umgehen und sprechen, wird oft als wichtiger betrachtet. Aber gerade hier braucht es eine Datenmedizin als Grundlage. Jeder kann zwar sa-

gen, wie es einem gesundheitlich geht. Um daraus aber medizinisch verifizierbare Schlüsse zu ziehen und die optimale Therapie zu finden, braucht es eine Präzisierung und Validierung von Annahmen. Das kann über Daten passieren. Und dafür ist es wichtig, dass wir nicht nur dieses Monitoring möglich machen, sondern gleichzeitig darüber nachdenken, wie wir unser Gesundheitssystem nicht noch mehr belasten. Wenn unser Gesundheitswesen weiterhin nichts unternimmt, wir also nur immer weiter Geld in bestehende Strukturen investieren, die nicht wirklich nutzen, werden wir sehr bald an unsere Grenzen stoßen.

Wenn unser Gesundheitswesen weiterhin nichts unternimmt, wir also nur immer weiter Geld in bestehende Strukturen investieren, die nicht wirklich nutzen, werden wir sehr bald an unsere Grenzen stoßen.

„Tatsächlich kam es im Laufe der Projektdurchführung vor, dass einzelne Patient:innen aufgrund des Monitorings in die Praxis einbestellt wurden, weil es gesundheitliche Ereignisse wie zum Beispiel einen überschießenden Blutdruck gab, der unmittelbar behandelt werden musste.“

Was sind die Voraussetzungen, damit eine Fernüberwachung von Patient:innen verlässlich funktionieren kann?

Wir haben das Monitoring-Vorgehen nochmals in einem weiteren Projekt überprüft, von 2022 bis 2024. Die Erkenntnisse der In-Praxi-Tests waren: Über unsere App war für die Patientinnen und Patienten nachvollziehbar, was zu tun war. Die Ärzt:innen hatten dort vorgegeben, was genau sie messen sollten, sie konnten ihre Datenaufzeichnung verfolgen. Wichtig für die Motivation der Patientinnen und Patienten war aber nicht nur die Übersichtlichkeit der App, sondern auch das ärztliche Feedback auf ihre Datenübertragungen: Erhalten sie nie eine Rückmeldung auf ihre Daten, werden sie die Messungen ausdünnen. Das haben wir im Verlauf der Projekte gesehen. Wir brauchen also ein verbessertes ärztliches Feedback, aber auch mehr technische Einweisung für Hochaltrige. Damit Patientinnen und Patienten die Erfahrung der Selbstwirksamkeit machen können, braucht es außerdem Data Literacy. Sie müssen ihre Daten selbst verstehen und interpretieren können. Denn die Datenerhebung ist auch mit der Gefahr verbunden, dass es zu Versicherungen kommt.

Inwiefern?

Zum Beispiel, wenn man Daten nicht verstehend lesen und nicht sofort eine ärztliche Einordnung über gemessene Veränderungen erhalten kann. Das ist etwas, an dem man arbeiten muss. Aus all diesen genannten Punkten ergibt sich die Notwendigkeit nach mehr ärztlicher Delegation – das alles darf nicht mehr nur an Ärztinnen und Ärzten hängen. Deswegen sind wir dafür, unbedingt die arztnahen Berufe wie Physician Assistants weiter auszubauen. Es braucht Helfernetzwerke, die Patientinnen und Patienten sowohl Datenmedizin als auch Geräte erklären. Nur so bleibt mehr Zeit für das Arzt-Patienten-Gespräch.

Sie hatten von einem Akzeptanzproblem gegenüber der Datenmedizin gesprochen. Glauben Sie, dass das eine Hürde sein kann, um nachhaltig Veränderungen des Gesundheitssystems in diese Richtung anzustoßen?

Wir hatten im zweiten Projekt zusätzlich eine empirische Befragung von Ärztinnen und Ärzten aus dem ambulanten und stationären Sektor, Gesundheitsexpertinnen und -experten aus der Region, Unternehmen sowie Bürgerinnen und Bürgern durchgeführt. Was sagen sie zur Datenmedizin? Ein Ergebnis der Umfrage war, dass 82 Prozent der befragten Bürgerinnen und Bürger dem Monitoring-Verfahren positiv gegenüberstehen. Warum? Weil sie wissen, dass die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der Region rückgängig sein wird und sie sich fragen, wo sie bei gesundheitlichen Problemen hingehen sollen. Müssen Menschen zwischen 60 und über 80 Jahren dann in eine Nachbarstadt zum Arzt? Und was ist, wenn in der Nachbarstadt die Niedergelassenen einen Aufnahmestopp für Neupatienten haben? Dann bliebe nur noch die Notaufnahmen der nächstgelegenen Krankenhäuser – die sich bereits heute über die Situation beklagen, dass ihre Notaufnahmen voll sind mit Menschen, die da eigentlich nicht hingehören. Jeder schiebt sich im Moment intersektoral ein bisschen den schwarzen Peter zu. Krankenhäuser und Arztpraxen müssen entlastet werden. Da wird man um Self Care-Monitoring kaum herumkommen.

Innerhalb der Digitalen Modellregion wird auch das Konzept der Digitalen Praxis erarbeitet. Was genau verbirgt sich dahinter?

Die Digitale Praxis ist als Angebot an die Ärzteschaft gedacht. Nicht jede Hausarztpraxis wird sich kurzfristig auf eine Datenmedizin hin ausrichten und selbst von den Patientinnen und Patienten digital Gesundheitsdaten erheben lassen, um sie auszuwerten. Das heißt aber nicht, dass aus diesem Grund die vertraute Arzt-Patienten-Beziehung enden muss. Stellt beispielsweise eine Hausärztin fest, dass ein Patient ein Krankheitsbild hat, das engmaschig digital überwacht werden sollte, funktioniert die Digitale Praxis wie ein Telemedizinisches Zentrum. Die Hausärztin fragt dort an, ihrem Patienten Vitaldatenerfassungsgeräte zur Verfügung zu stellen und ihm auch den Umgang mit diesen zu erklären. Die Rohdaten, die darüber von ihm erfasst werden, landen aber nicht

in der Hausarztpraxis. Die Speicherung und Auswertung der Daten soll dann im sogenannten Medical Data Space stattfinden. Das ist ein geschützter, medizinisch zertifizierter digitaler Raum. Die Hausärztin erhält am Ende lediglich die Befunde aus der Digitalen Praxis und kann danach die weitere Behandlung ausrichten.

Hausärzt:innen können die Erfassung und Analyse von digitalen Gesundheitsdaten gewissermaßen auslagern und so von der Datenmedizin profitieren?

Die Überlegung ist, dass Daten, die aus einer Digitalen Praxis heraus generiert werden, zu einer echten Entlastung für Ärztinnen und Ärzte führen. Denn sie müssen die Daten künftig nicht mehr händisch selbst betrachten, die Auswertung übernimmt in Zukunft eine medizinische KI. Es wird gar nicht mehr anders funktionieren. Wir sprechen hier von Big Data. Dafür wird es maschinelles Lernen brauchen, um Daten zielgerichtet patientenindividuell entlang der diagnostizierten Krankheitsbilder zu analysieren. Wir dürfen nicht verhehlen, dass eine Digitale Praxis in der Funktion eines telemedizinischen Zentrums in der Zukunft ganz wesentliche Aufgaben eines Rechenzentrums erfüllen wird. Es gibt oft Vorbehalte, dass beides nicht zusammenpasst. Wir sehen das anders.



Die automatisierte Datenauswertung birgt ein hohes Entlastungspotenzial.

KI als Entlastung von Ärzt:innen ist ein gängiger Ansatz. Inwiefern kann das aus Ihrer Sicht in Zukunft im Rahmen der Digitalen Praxis den ärztlichen Berufsalltag vereinfachen?

Richten wir den Blick in die Praxis: Es gibt eine Sache, die ich für ein riesiges Problem halte. Die elektronische Patientenakte funktioniert nach wie vor wie ein Stapelwesen. Es werden dort PDF-Dateien hochgeladen. Im Grunde ist das dann für diejenigen, die diese Daten verwenden sollen, nichts anderes als ein elektronischer Leitz-Ordner, in dem wiederum nach den gerade benötigten Informationen gesucht werden muss. Das ist nicht das, was wir brauchen. Wir brauchen dringend einen Datenraum, in dem ich eine Suchfunktion aktivieren kann. So dass ich als Arzt oder Ärztin je nach Fragestellung und Krankheitsbild schnell auf die Informationen des Patienten oder der Patientin zugreifen kann. Diese KI gibt es noch nicht. Die werden wir noch entwickeln. Aber wir sind da schon dran.

Wie läuft das mit der KI und der Datenanalyse – sind das dann Parallelstrukturen zur ePa?

Das ist niemals als Konkurrenz zur ePa gedacht. Aber wir müssen Vorschläge entwickeln, wie wir die ePa weiterentwickeln können. Und so verstehe ich unser Konzept vom Medical Data Space auch. Anders als in Norwegen, wo es eine Krankenkasse mit nur einem Datenraum gibt, wird in Deutschland jede Krankenkasse ihre eigene ePa und ihren Datenraum haben. Wir müssen Wege finden, diese verschiedenen Datenräume der Krankenkassen miteinander zu verbinden. Krankenkassen haben daran zwar primär kein Interesse, aber aus Versorgungssicht und aus intersektoraler Sicht wird es wichtig sein, vermehrt Datenaustausch zu betreiben. Das ist wichtig, um die Mustererkennung der KI voranzubringen.

KI als zentraler Bestandteil der Datenmedizin ist in Zukunft kaum wegzudenken, oder?

Patientenindividuelle Muster sollten mit möglichst vielen Mustern anderer Patientinnen und Patienten mit vergleichbaren Erkrankungen abgeglichen werden. Darüber kann erkannt werden, wie sich beispielsweise Anomalien entwickeln und wann es bei Krankheiten zu bestimmten Entwicklungssprüngen kommt. Das ist wichtig, um Therapien optimieren zu können. KI ist nur dann sinnvoll, wenn sie sich in den Dienst stellen kann für die Ziele, die wir formuliert haben. Diese Ziele sind Prävention und nachfolgend, mit dem weiteren medizinischen Fortschritt auch Prädiktion. Wenn ich auf Grundlage von biotechnologischen Daten weiß, dass ich eine Veranlagung habe, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Erkrankung führen kann, dann können wir in Zukunft bereits in der Prävention besonders auf die Entwicklung achten. Dafür brauchen wir ein Monitoring. Das hieße im Klartext: Ich bin zwar nach aktuellem Befund, aber weil ich eine Prädisposition für eine bestimmte Erkrankung habe, fange ich trotzdem schon an, meine Werte zu überwachen.

Wann denken Sie, könnte die erste Digitale Praxis an den Start gehen, so dass Patient:innen und Ärzt:innen davon profitieren?

Wir haben eine relativ natürliche Grenze, bis wann wir das geschafft haben müssten: In fünf Jahren werden wir unter der Annahme gleichbleibender Entwicklungen im Gesundheitssystem fast 50 Prozent der ambulanten Ärzteschaft in der Fläche bundesweit verlieren. Die meisten werden einfach in den Ruhestand gehen. Das ist ein riesiges Problem, das nicht nur über Ärztenachwuchs zu lösen

Digitale Modellregion Gesundheit Dreiländereck

Mit Datenmedizin die medizinische Versorgung entlasten – das ist das Ziel der „Digitalen Modellregion Gesundheit Dreiländereck“. Unter anderem sieht das Konzept dafür eine intersektoral initiierte Vitaldatenaufnahme und deren Transfer durch Patient:innen, Nutzung von KI zur Datenauswertung sowie die intersektorale wie interprofessionelle Anwendung von Gesundheitsdaten vor. Die Ambitionen sind groß: Das im September 2019 gestartete Projektvorhaben der Universität Siegen soll nicht nur die Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen Nordrhein-Westfalens verbessern, sondern neue Versorgungsansätze für ganz Deutschland liefern. In verschiedenen Projekten wurde beziehungsweise wird erforscht, wie sich eine verbesserte Nutzung und Analyse von digitalen Gesundheitsdaten umsetzen lässt und welches Potenzial sich dadurch für die Gesundheitsversorgung ergeben kann. Eine intersektorale Herangehensweise wurde von Anfang an mitgedacht – in den innovativen Projekten sind unter anderem Praxen, Krankenhäuser und Pflegeheime beteiligt. Im Kern geht es darum, dass Patient:innen mit Hilfe von digitalen Technologien ihre Gesundheitsdaten selbst erheben und diese auf einen sicheren Datenraum übertragen können. Durch eine entsprechende Auswertung der Daten – in Zukunft soll diese durch KI unterstützt werden – können Ärzt:innen auf einen Blick sehen, bei welchen Patient:innen der Besuch in einer Arztpraxis erforderlich ist. Wie genau das am sinnvollsten durchgeführt werden kann, wie groß die Akzeptanz für diese Datenmedizin ist, wie Data Literacy bei Patient:innen erhöht werden kann und ob durch Datenmedizin die Gesundheitsversorgung auch bei geringer werdenden Ärzt:innenzahlen auf hohem Niveau gehalten werden kann, wird in verschiedenen Projekten untersucht. Angestrebt wird, erfolgreiche Konzepte rasch in die Regelversorgung zu überführen.

ist. Da braucht es neue Ansätze, um die Gesundheitsversorgung auch mit weniger Ressourcen zu gewährleisten. Wir sehen die Digitale Praxis als einen Weg.

Was wäre der erste wichtige Schritt für eine Umsetzung des Konzepts?

Wir brauchen die Erstkonfiguration einer Digitalen Praxis als Test. Dafür brauchen wir eine Experimentierklausel, die es möglich macht, das Konzept Schritt für Schritt in der Praxis zu testen, zu evaluieren und in die Regelversorgung zu implementieren, beziehungsweise das, was nicht funktioniert, zu verwerfen. Wir können nicht mehr so lange warten, bis ein ganzes Maßnahmenpaket geschnürt wurde und dieses als Ganzes in der Versorgung testen. Wir können uns natürlich auch weitere fünf Jahre vor dieser Entscheidung drücken. Dann werden wir aber mit den Konsequenzen leben müssen. Das hört sich an wie ein Dilemma, aber ich glaube, wir haben Gestaltungsmöglichkeiten und sollten die jetzt auch nutzen. Der Gesundheitsminister in NRW, Herr Laumann, hat einmal zu mir gesagt: Wir haben kein Erkenntnisproblem, wir haben ein Durchführungsproblem. Und das ist genau der Punkt. Auf dem Weg zur Digitalmedizin wird es noch viele Steine wegzuräumen geben, die wir jetzt vielleicht auch noch gar nicht sehen. Aber wir haben ein Anfangskonzept, was in Teilen bereits in Studien getestet wurde. Die Umsetzung müssen wir jetzt angehen.

Ärztliche Expertise steht nicht zur Debatte, aber ...

Die digitale Selbstvermessung der eine Rolle im Behandlungszimmer

Immer mehr Menschen nutzen Wearables wie Smartwatches und erheben damit im Alltag digitale Körperdaten. Das eröffnet neue Möglichkeiten, sich Wissen über (die eigene) Krankheit und Gesundheit anzueignen. Aber wie wirkt sich dieses Wissen auf die Kommunikation von Ärzt:innen und Patient:innen aus – überwiegen die Chancen oder doch eher die (potenziellen) Konflikte durch die Nutzung dieser neuen Technologien?

Der Trend ist schon länger da: Die Smartwatch am Handgelenk wird immer öfter ein ständiger Begleiter, der unablässig Daten generiert. Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz, Schlafqualität – nach Belieben kann nun selbst gemessen und ausgewertet werden, was zuvor nur im medizinischen Kontext üblich war. Dieser Bruch in der Informationshoheit von Körperdaten und wie sich das auf die Beziehung von Patient:innen und Ärzt:innen auswirkt, wurde im Forschungsprojekt „Digitales Körperwissen: Konfliktlinien problematischer Popularität in der Gesundheitsversorgung“ untersucht. Die Studie wurde im Rahmen des Sonderforschungsbereichs „Transformation des Populären“ durchgeführt, angesiedelt ist sie an der Universität Siegen. Es geht darum, herauszufinden, wie gesellschaftliche Institutionen durch populäre Dinge – die nicht zwangsläufig von jedem positiv gesehen oder befürwortet werden müssen – unter Druck geraten. Prof. Dr. Cornelius Schubert, Projektleiter und Professor für Wissenschafts- und Techniksoziologie an der Technischen Universität Dortmund, nennt ein Beispiel, um dieses abstrakte Thema zu veranschaulichen: Schüler:innen wollen lieber Harry Potter lesen als Goethe. Hochkultur wird also von Populärkultur bedrängt. Was aber hat das genau mit Medizin zu tun?

Gerät die Medizin durch Wearables unter Druck?

Cornelius Schubert beschäftigt sich schon lange mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Deshalb fand er mit Blick auf die Nutzung von Wearables auch die Forschungsfrage interessant: Gerät die Medizin als Institution unter Druck? Gibt es auch hier solche Zudringlichkeiten des Populären und beeinflusst das die Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen? Schubert spricht dabei von grauen Daten, mit denen noch niemand so genau wisse, was damit zu tun sei. Das berge durchaus Konfliktpotenzial im Umgang miteinander. Um mehr darüber herauszufinden, wurden 40 Interviews mit Ärzt:innen verschiedener Fachrichtungen und Patient:innen geführt. Alle Patient:innen hatten chronische Erkrankungen wie Adipositas, Herz-Kreislauferkrankungen, Schlafstörungen oder Long Covid – und setzen sich in ihrem Alltag gezielt mit selbst erhobenen digitalen Gesundheitsdaten auseinander, um ihre Erkrankung beispielsweise besser managen zu können oder für sich neues Wissen zu generieren.

Die Ergebnisse der Studie decken sich durchaus mit denen aus anderen europäischen Ländern. Die digitale Selbstvermessung der Patient:innen spielt zunehmend eine Rolle im Behandlungszimmer. „Die meisten der von uns befragten Ärzt:innen sagen, dass sie sich dem nicht mehr entziehen können. Dass sie sich damit in irgendeiner Weise auseinandersetzen müssen“, sagt Schubert. Ärzt:innen begegnen der Thematik dennoch mit einer gewissen Vorsicht. Die

wenigsten Anwendungen sind als Medizinprodukt zertifiziert. Dadurch kommen Fragen auf, ob Lifestyle-Produkte überhaupt eine valide Aussagekraft besitzen und ob es sich lohnt, solche Daten medizinisch zu berücksichtigen. Die Interviews ergaben aber auch, dass sich die Herangehensweise von Ärzt:innen, wie sie mit diesen neuen digitalen Möglichkeiten umgehen, je nach Fachgebiet unterscheidet. Bei Diabetes-Patient:innen ist die Verwendung von Gesundheitsdaten kein Thema mehr, die Akzeptanz ist groß – die Behandlung ist durchtechnisiert, die verwendeten Produkte zertifiziert. In der Kardiologie gelten die Daten, die von Wearables – speziell von der Apple Watch – aufgezeichnet werden, eher als zuverlässig und werden im zunehmenden Maße auch aktiv hinzugezogen. In der Schlafmedizin werden sie bisweilen in Erwägung gezogen, eine Diagnostik anzustoßen. Denn die Aufzeichnungen können durchaus einen Hinweis auf eine Schlafapnoe geben. In anderen Bereichen hingegen erklärten Ärzt:innen in den Interviews, dass die Daten medizinisch keinen Zusatznutzen bringen. Bei den Patient:innen fiel die Wahrnehmung auf das ärztliche Feedback sehr unterschiedlich aus. Manche waren frustriert, weil ihre Daten nicht berücksichtigt werden. Andere fühlten sich ernstgenommen.

Arzt-Patientenaustausch auf Augenhöhe

„Was auch immer von Ärzt:innen zur Bedeutung der Daten gesagt wird – sie haben eigentlich gar nicht unbedingt ein Problem mit den Daten per se. Es sind eher die knapp bemessenen zeitlichen Rahmenbedingungen der Versorgung, die es verunmöglichen, sich mit den Daten auseinanderzusetzen“, merkt Schubert an. Dabei ist die Zahl der Patient:innen, die tatsächlich unaufgefordert ihre digitalen Körperdaten präsentieren, noch überschaubar. Zudem zeigt die Studie, dass die Patient:innen sehr genau ihre Daten kuratieren und mit Bedacht auswählen, welche sie mit ihren Ärzt:innen besprechen möchten und welche lieber in Selbsthilfegruppen. „Die Patient:innen wollen ihre Glaubwürdigkeit nicht verlieren, weil sie mit unwichtigen Dingen ins Behandlungszimmer kommen“, erklärt Schubert die zugrundeliegende Motivation. Es wird ein Austausch auf Augenhöhe angestrebt. Gerade weil für Gespräche mit Ärzt:innen aber nur wenig Zeit zur Verfügung steht, werden die selbst erhobenen Daten strategisch eingesetzt. Auch, um zu zeigen, dass sie sich um ihre Gesundheit bemühen. „Gerade bei Adipositaspatient:innen ist das der Fall. Sie wollen Evidenz produzieren, um zu zeigen, ich bewege mich, ich bin nicht faul“, erklärt Cornelius Schubert.

Leidet nun die medizinische Autorität darunter, dass mittlerweile auch außerhalb des Arztzimmers Daten erhoben und ausgewertet

Patient:innen spielt zunehmend



werden? Diese Autorität wird auf zwei Ebenen betrachtet. Das ist zum einen die kulturelle Autorität, also welchen Stand die Medizin als Institution in der Gesellschaft hat. Und zum anderen die Autorität im direkten Ärzt:innen-Patient:innen-Gespräch. „Man sieht, dass sich etwas verschiebt. Aber ich würde das nicht überbewerten“, gibt Schubert Entwarnung. „Im Endeffekt hat die ärztliche Autorität immer noch das letzte Wort. Aber man sieht schon – und das liegt nicht an den Wearables –, dass die medizinische Autorität seit den späten 1960er-Jahren unter Druck steht“, sagt Schubert. Den klassischen paternalistischen Arzt von früher gibt es schon lange nicht mehr. Informierte Patient:innen – sei es durch Selbsthilfegruppen oder öffentlich zugängliche Gesundheitsinformationen – wollen mitreden. Das macht eine andere Form der Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen notwendig. Durch die Wearables wird diese Entwicklung nun auf eine andere Stufe gehoben. „Was wir sehen ist, dass sich gerade sehr viel in der Beziehung von Ärzt:innen und Patient:innen ändert. Aber die ärztliche Autorität ist weiterhin stark und wird es bleiben. Eben auch, weil es eine asymmetrische Beziehung bleibt – Ärzt:innen entscheiden letztendlich über die Behandlung, üben eine Funktion als Gatekeeper im Gesundheitswesen aus“, so Schubert.

Trotzdem, auf beiden Seiten werde nach neuen Wegen für eine gelingende Kommunikation gesucht und wann es sinnvoll sein könnte, selbsterhobene digitale Körperdaten einzubeziehen. Ärzt:innen schätzen dabei durchaus ein, welchen Patient:innen für die Verwendung von Wearables geeignet sind – weil diese vielleicht Interesse daran haben, gut mit der neuen Technologie umgehen können, zuverlässig mit der Datenaufzeichnung sind. Weil es sich bei den Umfrageteilnehmenden um Personen mit chronischen Erkrankungen handelte, kennen diese in der Regel ihre Ärzt:innen schon lange, wissen ihrerseits, wer dieser Thematik offener gegenübersteht und entscheiden, welche Daten sie dann teilen möchten. „Beide Seiten managen das und entwickeln gerade neue Praktiken, wie man damit umgeht und wie man den Evidenzgehalt dieser Daten gemeinsam aushandelt“, fasst Cornelius Schubert zusammen.

Ärztliche Expertise steht nicht zur Debatte

Eine große Wirkung entfaltet die Nutzung von Wearables aber vor allem darin, dass neue Player ins Spiel kommen. Es sind nun nicht mehr nur Ärzt:innen und Patient:innen, die Gesundheitsdaten nutzen wollen, sondern auch die Unternehmen, die Wearables verkaufen und die darauf gemessenen Daten in der Cloud verwalten. „Firmen wie Apple und Google haben massiven Zugriff auf hochsensible Daten, während die Medizin keinen Einfluss darauf hat, wie die Daten genutzt und analysiert werden“, so Schubert. Was das auf lange Sicht bedeutet und inwieweit dadurch vielleicht auch das Berufsbild von Ärzt:innen verändert wird, bleibt abzuwarten. Insgesamt zeigt die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema aber, dass derzeit die professionelle Expertise von Ärzt:innen nicht zur Debatte steht – selbst wenn sie das Wissensmonopol verloren haben. „Die These, mit der wir in das Projekt gestartet sind, war: Die Medizin gerät immer stärker unter Druck. Aber tatsächlich sehen wir das gar nicht so“, fasst Cornelius Schubert die Forschungsergebnisse zusammen. Es gebe ein wechselseitiges Abstimmen. Ein Kuratieren der Daten aufseiten der Patient:innen. Das Annehmen und Diskutieren aufseiten der Ärzt:innen. „In dieser kurzen Zeit, die einem im Arztzimmer zur Verfügung steht, steht vielmehr im Mittelpunkt, eine funktionale Situation zu schaffen, in der man konstruktiv etwas erreichen will. Da wird viel des Konfliktes herausgenommen.“ Ärzt:innen stehen dennoch in der Pflicht, sich intensiver mit den Funktionen und Möglichkeiten von Wearables auseinanderzusetzen. Denn die Messung von digitalen Körperdaten wird in Zukunft eher zunehmen.

Professor Dr. Cornelius Schubert:

„Beide Seiten managen das und entwickeln gerade neue Praktiken, wie man damit umgeht und wie man den Evidenzgehalt dieser Daten gemeinsam aushandelt.“



Verband feiert Jubiläum am Gründungsort Leipzig und blickt in die Zukunft

125
Hartmannbund

125 Jahre Hartmannbund – von der Leipziger Idee zur gesamtdeutschen Stimme der Ärzteschaft. Unter diesem Motto feierte der Hartmannbund am 13. September – exakt eineinviertel Jahrhunderte nach seiner Gründung durch Hermann Hartmann – am Gründungsort Leipzig sein Jubiläum. Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Wirtschaft und Gesundheitswesen würdigten in einem Festakt in der Alten Börse Leipzig die Rolle des Verbandes bei der Vertretung ärztlicher Interessen und warfen dabei auch einen Blick auf die unheilvolle Rolle des Verbandes während der Nazizeit. Grußworte ebenso wie die Festrede durch Prof. Dr. Hendrik Streeck und die Rede des Hartmannbund-Vorsitzenden Dr. Klaus Reinhardt beleuchteten zudem die Bedeutung des Verbandes und der ärztlichen Selbstverwaltung bei der Bewältigung aktueller und künftiger Herausforderungen der Gesundheitspolitik. Roter Faden durch die Feierstunde: Die Bedeutung von Mut, Zusammenhalt, Freiheit und Freiberuflichkeit.

So betonte der **sächsische KV-Vorsitzende, Dr. Stefan Windau**, in seinem Grußwort mit Blick auf seine Heimatstadt Leipzig den Mut der Menschen 1989, für ihre Freiheit auf die Straße zu gehen, und forderte von ärztlicher Selbstverwaltung und Verbänden, sich notwendigen Veränderungen zu stellen und sich – dort wo nötig – auch „neu zu erfinden und umzugestalten“. In Anspielung auf Hartmanns damaligen Kampf gegen die „Verelendung der Ärzteschaft“ warnte Windau davor, die gesundheitliche Versorgung dürfe nicht „geistig verelenden“. Lob gab es für die „Innovationskraft Sachsens“ im Laufe der Feierstunde von Dr. Klaus Reinhardt. Diese Kraft sei leider nicht überall in der Selbstverwaltung zu finden.

Der **Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB), Peter Klotzki**, hob die Bedeutung des Arztberufes als freier Beruf hervor und zeichnete das Bild des Schulterschlusses von BFB und Hartmannbund als Eckpfeiler der Freiberuflichkeit. Er forderte ein Ende der „Misstrauensbürokratie“ als Begrenzung von Freiheit. In Zeiten der Bedrohung von außen, innerer

Polarisierung und wirtschaftlicher Schwäche komme es darauf an, Konflikte zu moderieren und Gemeinschaften zu bilden. „Wir brauchen Mut, müssen uns selbst kümmern und dürfen nicht wegdelegieren“.

Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes und zugleich amtierender Präsident der Bundesärztekammer, erinnerte in Anlehnung an den Klotzki-Appell zur Bildung von Gemeinschaften an den Gründungsgedanken von Hermann Hartmann, die Ärzteschaft solle sich zusammenfinden, Kartelle bilden und damit die Not überwinden. Das Bekenntnis zur Freiberuflichkeit und die Überzeugung, dass es über alle ärztlichen Berufsgruppen hinweg ein gemeinsames Grundverständnis brauche, bezeichnete er als „DNA des Hartmannbundes“. Man dürfe sich nicht in Einzelinteressen verzetteln, sondern müsse das Ganze im Blick haben. Reinhardt betonte in seinem Rückblick die Bedeutung des Hartmannbun-



Hartmannbund-Vorsitzender Dr. Klaus Reinhardt mit den Fest-Rednern Prof. Dr. Hendrik Streeck (MdB), Prof. Dr. Heiner Fangerau (Historiker), Alexander Manzke (SMS Sachsen), Dr. Stefan Windau (KV Sachsen) und Peter Klotzki (BFB)



Fotos: Sebastian Willnow/Hartmannbund



des bei der Errichtung regionaler ärztlicher Interessenvertretungen durch eigene Landesverbände, sondern auch seine Rolle bei der schnellen Etablierung der Selbstverwaltung. Kritisch äußerte sich der Hartmannbund-Vorsitzende zur bisherigen Aufarbeitung der Rolle des Verbandes während der Nazi-Zeit. Bei bisherigen Rückblicken auf die HB-Geschichte sei diese unzureichend betrachtet worden. „Das muss sich ändern“, sagte Reinhardt und verwies auf eine Untersuchung, die der Hartmannbund in Auftrag gegeben habe.

Auf diese ging im Anschluss der mit der entsprechenden Recherche beauftragte **Geschichtswissenschaftler Prof. Dr. Heiner Fangerau** ein. „Der Hartmannbund war kein Opfer der NS-Zeit“, machte er klar. Er habe die zu Recht immer wieder beschworene Bedeutung von Kollegialität und Gemeinschaft – vorsichtig gesagt – in dieser Phase seiner Geschichte nicht beherzigt. Der systematische Ausschluss von jüdischen, „nicht arischen“ Mitgliedern müsse ebenso aufgearbeitet werden, wie die medizinischen Verbrechen – z. B. die Ermordung von Menschen in der Psychiatrie oder Zwangssterilisationen – durch Ärztinnen und Ärzten. Aufarbeitung sei ein ständiger Prozess. Gerade die vielen jungen Menschen im Verband stünden für diese Notwendigkeit. Die gelte im Übrigen auch für die Betrachtung

der Neugründung des HB nach dem Krieg. So sei der erste Vorsitzende, Theodor Dobler, ein aktiver Nationalsozialist gewesen. Auch sein Nachfolger Friedrich Thieding sei nicht „unbelastet“. Über all dies müsse gesprochen werden, der „Stachel muss im Fleisch bleiben“, sagte Fangerau.

Prof. Dr. Hendrik Streeck, Mitglied des Deutschen Bundestages und Drogenbeauftragter der Bundesregierung, betonte eingangs, nicht als Vertreter der Bundesregierung zu sprechen, sondern in erster Linie als Kollege. Gesundheit sei zur Ware geworden, kritisierte er, es gebe für die Fehler des Gesundheitssystems zwar hinreichend korrekte Diagnosen, aber keine wirksame Therapie. Die Wahrheit sei, dass das System grundsätzlich reformiert werden müsse. „Wir müssen an die Wurzel gehen“. Dazu gehöre auch die Diskussion über verantwortungsvollen Umgang mit Ressourcen, darüber, welche Behandlungen wirklich nötig sind und welche vielleicht überflüssig. „Wir müssen weg von der Vollkasko-Mentalität“. Reformen würden alle zu spüren bekommen. Jede Strukturreform werde auch Verlierer haben. Darunter hätten Reformbemühungen bisher immer gelitten. Diesen Druck werde man aber aushalten müssen. Beteiligung an dem dafür notwendigen Dialog dürfe nicht Blockade heißen. Streeck zeigte sich davon überzeugt, dass ein gerechtes und funktionierendes Gesundheitssystem auch eine „Demokratieversicherung“ sei. „Der Bürger muss spüren: Der Staat ist für uns da.“



125 Jahre Hartmannbund

Von der Leipziger Idee zur gesamtdeutschen Stimme der Ärzteschaft

125 Jahre Hartmannbund – das bedeutet eineinviertel Jahrhunderte bewegter deutscher Geschichte, gespiegelt im Wirken eines Verbandes, der stets am Puls gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Umbrüche stand. Von seiner Gründung 1900 in Leipzig bis zu seiner heutigen Rolle als bundesweite Stimme der Ärzteschaft reicht ein Weg, der von Krisen, Brüchen und Neuanfängen ebenso geprägt war wie von Beharrlichkeit und Erfolg.

Die Ausgangslage um 1900 war von tiefgreifenden Veränderungen gekennzeichnet. Deutschland hatte sich in wenigen Jahrzehnten vom Agrarstaat zur Industriegesellschaft entwickelt. Mit der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung war ein Krankenversicherungssystem entstanden, das zwar den Markt für ärztliche Leistungen erweiterte, aber insbesondere neue Abhängigkeiten von den Krankenkassen schuf. Seit den 1880er Jahren wuchs die Zahl der Ärzte schneller als der Bedarf in der Gesellschaft und damit auch der ökonomische Druck. Spezialisierung und Ausdifferenzierung des Faches schwächten zudem die Einheit der Ärzteschaft und führten vielfach zu Konkurrenzsituationen. Das gewichtigste Problem aber bildete die Kassenarzfrage. Mit der Etablierung einer dritten Instanz in Form der Krankenkassen samt festgelegter Abrechnungsmodalitäten veränderte sich das bis dahin konventionelle Arzt-Patienten-Verhältnis tiefgreifend. Es drohte, die wesentlichen Charakteristika des freien ärztlichen Berufes zu untergraben. Der 1873 gegründete Ärztevereinsbund konnte diesen Herausforderungen nur bedingt begegnen. Vor diesem Hintergrund formulierte der Leipziger Arzt Hermann Hartmann 1900 seine berühmte Idee: „Schließen wir uns fest zusammen... alle zusammen sind wir eine Macht.“

Schutzverband der Ärzte Deutschlands

Am 13. September 1900 wurde in Leipzig der „Schutzverband der Ärzte Deutschlands“ gegründet. Schon bald verstand er sich als schlagkräftige Interessenvertretung der gesamten Ärzteschaft – unabhängig von Fachrichtung oder Tätigkeit. Hartmann und seine Mitstreiter kombinierten klassische Standespolitik mit modernen Instrumenten und schufen einen hochgradig modernen Funktionsverband, der seine Mitglieder unter anderem mit Witwen- und Waisenkassen, Stellenvermittlung und Rechtsberatung unterstützte. Schlagkräftig wurde der Verband vor allem durch seine Protestformen wie Streiks, Kassenboykotte und Stellensperrungen. Diese Mischung traf den Nerv der Zeit. Innerhalb eines Jahrzehnts traten drei Viertel aller Zivilärzte dem Verband bei. Erste Tarifverträge für einzelne Arztgruppen, oder Vereinbarungen mit Hilfskassen wurden getroffen und im Rahmen verschiedener Ärztestreiks wie bspw. dem Kölner Ärztestreik 1904 konnten wichtige standespolitische Forderungen durchgesetzt werden. In kürzester Zeit profilierte sich der Hartmannbund als Erfolgsgarant ärztlicher Selbstbehauptung und berufspolitischer Kollektivorganisationen.

Der Erste Weltkrieg stellte den Verband vor große Belastungen. Viele Mitglieder wurden eingezogen, Beiträge wurden nicht gezahlt und die Mitgliedszahlen sanken. Hinzu kam der innerärztliche Konflikt, indem die jüngeren Ärzte durch ihre militärischen Ränge den älteren Kollegen vorgesetzt waren, oder dass die Mitglieder sich nicht mehr gehört fühlten, weil das zuständige Kriegsministerium die Eingaben des Hartmannbundes schlicht ignorierte. Gleich nach

Kriegsende jedoch betonte der Verband in einem Schreiben an Friedrich Ebert seinen Anspruch, aktiv am Wiederaufbau Deutschlands tatkräftig mitzuwirken. 1923 starb Hermann Hartmann, 1925 erhielt der Verband, der sich bis zu diesem Zeitpunkt formell Leipziger Verband nannte, zu seinen Ehren den Namen „Hartmannbund“. Nach Hartmanns Tod prägte der Hartmannbund die Gesundheitspolitik in den Folgejahren maßgeblich. Ein herausragendes Beispiel war die Allgemeine Deutsche Gebührenordnung von 1928, die als ein modernes privatrechtliches Honorarregelwerk erstmals ein Pendant zur Preußischen Gebührenordnung schuf und Jahrzehnte nachwirkte. Gleichzeitig wehrte sich der Verband gegen eine geplante Reichsärzteordnung, weil Kompetenzen über Kassenzulassungen und Verhandlungen mit den Krankenkassen einer Ärztekammer mit Zwangsmitgliedschaft zugewiesen werden sollten und damit den Einfluss des Hartmannbundes zu schmälern drohte. Erst der Nationalsozialismus setzte diese 1935 – freilich unter ideologisch geprägten Vorzeichen – in Kraft.

Zäsur in den 30er Jahren

Wie in vielen anderen Bereichen führten die Folgen der Weltwirtschaftskrise Anfang der 1930er Jahre zu einer Zäsur. Unter massivem Spardruck erzwang die Regierung, Kassenärzte zu Kassenangestellten zu machen. Der Hartmannbund reagierte mit einem strategischen Kurswechsel: Er schlug ein System vor, das die Ausgaben der Kassen deckelte, den Ärzten aber die Verteilung der Honorare selbst überließ. Mit der Notverordnung von 1931 wurde dieses Modell umgesetzt – die Kassenärztlichen Vereinigungen entstanden, die personell von den regionalen Strukturen des Hartmannbundes besetzt wurden und auf diesen aufbauten. Damit hatte die Ärzteschaft erstmals den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung in der Hand. Es war ein Meilenstein ärztlicher Autonomie, auch wenn das vor allem eine stärkere Einbindung in staatliche Strukturen zur Folge hatte.

Die nationalsozialistische Machtübertragung 1933 änderte die Rahmenbedingungen der ärztlichen Selbstverwaltung fundamental. Das, was jahrelang als oktroyierte Gleichschaltung innerhalb der Verbandsgeschichte bekundet wurde, war faktisch eine Selbstgleichschaltung. Der Hartmannbund agierte sowohl personell als auch inhaltlich vielfach im vorauseilenden Gehorsam. Führende Funktionäre wie Karl Haedenkamp begrüßten den „Einbau des ärztlichen Standes in den neuen Staat“, der Vorsitzende Alfons Stauder entsandte noch im März 1933 ein Glückwunschtelegramm an Hitler mit dem Gelöbnis „treuester Pflichterfüllung als Diener der Volksgesundheit“. Ab Frühling 1933 wurden jüdische und politisch missliebige Ärzte aus den Vorständen und Untergliederungen gedrängt, bald folgten unter Federführung der Vertreter des Hartmannbundes Berufsverbote und Ausschlüsse aus den Kassen. Im September

erfolgte auf Betreiben der Hartmannbundvertreter der Ausschluss jüdischer Ärzte bei der Privatabrechnung. 1935/36 löste die Reichsärzteordnung den Hartmannbund endgültig auf, die Reichsärztekammer übernahm die standespolitische Funktion, während die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands den wirtschaftlichen Teil des Hartmannbundes abdeckte. Dass rund 45 Prozent der Ärzte der NSDAP beitraten, zeigt die besondere Nähe des Berufsstandes zum Regime, der Hartmannbund war daher Ausdruck der organisierten Systemnähe zum Nationalsozialismus. Welche Rolle der Hartmannbund, seine Vertreter in den Gremien sowie die einfachen Mitglieder im und vor allem gegenüber dem Nationalsozialismus einnahmen, ist derzeit Gegenstand einer kritischen historischen Aufarbeitung.

Freie Interessenvertretung nach dem Krieg

Mit dem Ende des „Dritten Reiches“ und der Niederlage 1945 war die ärztliche Standesvertretung zerschlagen. In den westlichen Besatzungszonen entstanden Ärztekammern auf Landesebene, Bayern führte 1946 die erste Körperschaft öffentlichen Rechts ein. Doch die Spannungen zwischen den Ärzten und den Kassen nach gerechter Honorierung sowie der Konflikt zwischen vielen jüngeren und älteren Ärzten sowie einer Vielzahl an Flüchtlingsärzten machten den Bedarf einer neuen gebündelten Interessensvertretung notwendig. Am 20. Mai 1949 gründete sich in Hamburg der Hartmannbund neu. Vorsitzender wurde Friedrich Thieding, treibende Kraft hinter dem (Wieder)aufbau der ärztlichen Standespolitik Karl Haedenkamp, der damit stellvertretend für die Vielzahl ungebrochener NS-Biografien nach 1945 steht. Die funktionale und rechtliche Nachfolgeorganisation des alten Hartmannbundes wurde die 1955 geschaffene Kassenärztliche Bundesvereinigung. Der neue Hartmannbund verstand sich daher als freie Interessenvertretung, die nicht selbst Vertragspartner der Kassen war, sondern übergeordnet berufspolitische Anliegen und individuelle Dienstleistungen verband.

In den 1950er Jahren profilierte er sich als kritisches Korrektiv gegenüber den öffentlich-rechtlichen Körperschaften. Forderungen nach einer Sozialversicherungsreform, nach einem Bundesgesundheitsministerium und nach stärkerer Wahrung der Freiberuflichkeit bestimmten die Agenda. Zwar musste der Verband seinen Anspruch auf die einstige Führungsrolle in der Gesundheitspolitik durch die Verankerung der öffentlichen-rechtlichen KVen zurücknehmen, doch er gewann eine stabile Position als standespolitischer Mahner und gesundheitspolitischer Impulsgeber. So prägte er in den 1960er und 1970er Jahren die Debatten mit ordnungspolitischen Konzepten wie u.a. der Kostenerstattung mit sozialverträglicher Selbstbeteiligung und öffnete in den 1980er Jahren seine Strukturen für andere ärztliche Verbände, wodurch er seine Rolle als Plattform und innerärztlicher Bündnispartner festigte.

Motor nach der Wiedervereinigung

Die Wiedervereinigung 1990 wurde zu einer Chance für den Verband. Mit symbolischer Kraft kehrte der Hartmannbund nach Leipzig zurück. Binnen weniger Monate entstanden Landesverbände in allen neuen Bundesländern. In der „Kasseler Erklärung“ forderte er die Einführung von Ärztekammern, KVen, Niederlassungsfreiheit



Seine Idee und seine Motive haben die Zeit über überlebt und sind heute so lebendig wie vor 125 Jahren: Hermann Hartmann.

und Vertragsfreiheit nach westdeutschem Vorbild. Damit half er, die ärztliche Selbstverwaltung in den neuen Bundesländern aufzubauen und vielen Ärzten den Schritt in die Selbstständigkeit zu ermöglichen.

In den 2000er Jahren organisierte er die größten Ärztedemonstrationen in der Geschichte der Bundesrepublik: Zehntausende Ärzte protestierten gegen Budgetierungen, Bürokratie und Eingriffe in die Therapiefreiheit. Die Tradition kollektiver Selbstbehauptung setzte sich bis in die Gegenwart fort, etwa bei der Beteiligung an den bundesweiten Protesten „Praxen in Not“ 2023. Gleichzeitig stärkte der Verband durch die stetige Intensivierung seiner Arbeit für (und mit) Studierende(n) seine Nachwuchsarbeit und passte sich den Erwartungen jüngerer Generationen an.

Heute zählt der Hartmannbund über 70.000 Mitglieder und deckt die gesamte Breite ärztlicher Tätigkeiten ab. Seine Binnenstruktur ist vielfältiger geworden: mehr Frauen, mehr junge Kolleginnen und Kollegen, ein starker studentischer Bereich. Neben Rechtsberatung, Musterverträgen und Fortbildungsangeboten bleibt sein Kernanliegen die Verteidigung zentraler Prinzipien: ärztliche Unabhängigkeit, freie Arztwahl und Bürokratieabbau.

Die Leipziger Idee trägt bis heute

Was bleibt nach 125 Jahren? Erstens die Beharrlichkeit, den ärztlichen Beruf als freien und verantwortungsvollen Beruf zu verteidigen. Zweitens die Fähigkeit, sich in Krisen und Umbrüchen neu zu positionieren und Relevanz zu behaupten. Drittens die Erfahrung der NS-Zeit, die Auftrag und Mahnung zugleich ist. Und viertens die Gestaltungskraft, die sich 1900 wie 1949 und 1990 zeigte, wenn es darum ging, die Stimme der Ärzteschaft hörbar zu machen.

Die Leipziger Idee von 1900 – „zusammen sind wir eine Macht“ – trägt bis heute. Der Hartmannbund ist geblieben, was er immer sein wollte: Resonanzraum ärztlicher Berufspolitik, Plattform für Solidarität und Motor ärztlicher Selbstbestimmung. Seine Aufgabe ist aktueller denn je: die Stimme der Ärztinnen und Ärzte zu bündeln, wenn Gesundheitspolitik Weichen neu stellt.

Finanzpolitische Probleme und ihre Folgen

Auf der Suche nach Auswegen

In der Gesundheitspolitik gibt es derzeit ein alles andere überschattendes Megathema: die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch die Pflegeversicherung ist unterfinanziert. Die angeschlagene Wirtschaft und viele Unternehmen monieren die exorbitant hohen Lohnnebenkosten, die schon bei der historisch einmaligen Marke von 42 Prozent liegen. Längst geht es auch in der gesundheitspolitischen Diskussion nicht mehr nur um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, sondern auch um Sparmaßnahmen. Auch führende Politiker der schwarz-roten Koalition schließen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen nicht mehr aus.

Die in den Bundeshaushalten 2025 und 2026 eingestellten Darlehen (jeweils 2,3 Milliarden Euro pro Jahr) für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) reichen nicht aus – mindestens vier Milliarden Euro fehlen trotzdem noch im kommenden Jahr; das entspricht etwa 0,2 Beitragssatzpunkten in der GKV. In der Pflegeversicherung soll das Leck zwei Milliarden Euro betragen. Dagegen sollen entsprechende Schritte unternommen werden, wird von führenden Politikern angekündigt. Zur Erinnerung: Der gesetzlich festgelegte allgemeine Beitragssatz in der GKV beträgt 14,6 Prozent. Obwohl der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz auf 2,5 Prozentpunkte festgelegt wurde, den aber jede Krankenkasse individuell erhebt, liegt er de facto bei 2,9 Prozentpunkten, da viele Krankenkassen sogar unterjährig ihre Zusatzbeiträge erhöhen mussten, weil sie die gesetzlich vorgeschriebene Mindestreserve unterschritten haben.

Die schwarz-rote Koalition steht zudem vor einem erheblichen Dilemma: Allein die gesetzlich vorgeschriebene jährliche Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze aufgrund der allgemeinen Lohnentwicklung führt in 2026 zu einer weiteren Belastung der Mittelschicht wie auch deren Arbeitgeber. Nun sollen vom Monatseinkommen bis 5.812,50 Euro für die Beitragsbemessung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung herangezogen werden (2025: 5.512,50 Euro monatlich). Die maximale Mehrbelastung über alle Beitragsbemessungsgrenzen hinweg kann in 2026 für Arbeitnehmer bis zu 914 Euro pro Jahr betragen – entsprechendes gilt für die Arbeitgeber. Ein Selbständiger zahlt 2026 bis zu 1.828 Euro mehr für seine Sozialversicherung. Entlastungen an anderer Stelle der Mittelschicht, werden allein deshalb schon zunichte gemacht.

Finanzkommission Gesundheit soll Vorschläge machen

Die Mitte September eingesetzte, aus Wissenschaftlern bestehende „Finanzkommission Gesundheit“, die an das Bundesministerium für Gesundheit angegliedert ist, soll im Frühjahr 2026 Vorschläge zur Stabilisierung der GKV-Finzen unterbreiten. Daneben

steigt der (unrealistische) Erwartungsdruck merklich, zu Einsparungen in den von der Regierungskoalition vereinbarten gesundheitspolitischen Vorhaben zu gelangen, wie der im Koalitionsvertrag avisierten Einführung eines ambulanten Primärarztsystems.

Der von den gesetzlichen Krankenkassen eingebrachte Vorschlag einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ wird seitens der Ärzteschaft scharf kritisiert. Die Politik sei gegebenenfalls nicht ehrlich, sondern suggeriere den gesetzlich Versicherten ein nahezu unbegrenztes Leistungsversprechen, obwohl die dafür vorgesehenen Geldmittel immer weiter gedeckelt werden sollten.

Sowohl aus der Politik als auch bei Verbänden und Institutionen im Gesundheitswesen ist die Forderung nach der Herausnahme der so genannten versicherungsfremden Leistungen aus dem GKV-Finanzierungsgeschehen ein Dauerbrenner. Mit den 14,5 Mrd. Euro jährlich, die aus Steuermitteln als so genannter Bundeszuschuss pauschal an die GKV entrichtet werden, seien die von GKV für die Gesamtgesellschaft übernommenen Leistungen nicht zu finanzieren, es handle sich hier eher um 30 bis 40 Mrd. Euro. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat zudem jüngst einstimmig beschlossen, eine Klage gegen die Zahlung von jährlich über 10 Milliarden Euro anzugehen, mit der die Beitragszahler und deren Arbeitgeber die Krankenversicherungskosten der Bürgergeldempfänger subventionieren. Auch andere Leistungsbereiche wie beispielsweise der Arzneimittelbereich dürfen vielleicht von Sparmaßnahmen betroffen sein.

Hingegen zeichnet sich im Krankenhausbereich, der eine Finanzspritze von vier Milliarden Euro als Soforttransformationsunterstützung für die Krankenhäuser erhält, eine leichte Entspannung ab. Die zu Beginn des Jahres verabschiedete Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz) und ihre weiteren Anpassungsvorhaben können bei aller Komplexität und noch strittigen Fragen nun gestärkt durch mehr finanziellen Rückhalt gegangen werden.



Besondere Vorteile
für Mitglieder im
Hartmannbund!

**Wir halten
Ihnen den
Rücken frei!**

Wenn es einmal beschwerlich wird, steht die Deutsche Ärzteversicherung hinter Ihnen – mit maßgeschneiderten Finanz-, Versicherungs- und Vorsorgelösungen.

Wie etwa bei einem Burnout. Denn mit der mehrfach ausgezeichneten Berufsunfähigkeitsversicherung erhalten Sie schnelle Hilfe und finanzielle Unterstützung.

So können Sie stets entspannt nach vorn blicken!

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

**Deutsche
Ärzteversicherung**

Die Notfallreform wartet noch immer auf ihre gesetzliche Regelung

Akuter Befund und trotzdem weiter in der Warteschleife

Die Überfüllung und Fehlnutzung von Notaufnahmen, Bereitschaftsdienstpraxen und weiterer Strukturen der Akut- und Notfallversorgung ist nunmehr seit Jahren Dauerbaustelle der Gesundheitspolitik. Verbände und Fachgesellschaften aus den Bereichen der Krankenhäuser, Ärzteschaft und der Krankenkassen drängen seit Langem auf eine Notfallreform und in diesem Zusammenhang auch auf eine integrierte Reform des Rettungsdienstes und haben hierzu Vorschläge unterbreitet. Die Reform der Notfallversorgung ist eine der Initiativen, die nach Aussage von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) prioritär in dieser Legislaturperiode angegangen werden soll. Dazu gehöre, dass insgesamt die Patientinnen und Patienten besser gesteuert und die Versorgungsbereiche besser vernetzt würden. Warken verdeutlichte, dass auch auf Vorarbeiten aus der zurückliegenden Legislatur zurückgegriffen werden soll. Im nun laufenden „Herbst der Reformen“ bleibt abzuwarten, wie diese Vorhabenplanung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) in die Umsetzung kommt.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hatte in ihrem Konzeptpapier zur akut- und notfallmedizinischen Versorgung vom Juli 2024 bemängelt, dass die wesentlichen Missstände bei der Versorgung von Akut- und Notfällen bislang nicht hätten behoben werden können. Eine Steuerung der Patientinnen und Patienten in die am besten geeignete Versorgungsebene erfolge nach wie vor weitestgehend nicht. Auch eine Vernetzung und der digitale Informationsaustausch zwischen den Akteuren scheiterten bislang sowohl am Fehlen entsprechender digitaler Lösungen und Schnittstellenfunktionen als auch an der unzureichenden Standardisierung und Interoperabilität medizinischer Informationen. Zudem gestaltet sich die Weiterleitung von Notfällen in ambulante und stationäre Einrichtungen der Regelversorgung aufgrund verschiedener Rahmenbedingungen oftmals als schwierig.

Eine im Sommer 2025 veröffentlichte bevölkerungsrepräsentative Forsa-Befragung im Auftrag des AOK-Bundesverbandes zeigt, dass mindestens 41 % der Menschen, die in den vergangenen fünf Jahren die Notaufnahme einer Klinik aufgesucht haben, dies ohne vorherige Ersteinschätzung durch eine kompetente Stelle selbst entschieden haben. Auf die Frage nach den Gründen, gaben etwa zwei Fünftel der Befragten (41 Prozent) an, sie hätten sich akut zu

schlecht gefühlt, um abwarten zu können. Über den ärztlichen Bereitschaftsdienst gelangten der Umfrage nach deutlich weniger Befragte in die Notaufnahme: Elf Prozent der Befragten gaben an, nach der Ersteinschätzung unter der Telefonnummer 116 117 in die Notaufnahme gegangen zu sein. Knapp ein Viertel der Befragten (24 Prozent) waren laut eigenen Angaben von einer Arztpraxis in die Notaufnahme geschickt worden. 15 Prozent erklärten, plötzlich Angst vor einem lebensbedrohlichen Problem wie einen Schlaganfall oder Herzinfarkt gehabt zu haben. Zehn Prozent der Befragten gaben an, keinen Facharzttermin bekommen zu haben, bevor sich ihr gesundheitliches Problem akut verschlimmert habe und sie deshalb den Eindruck gehabt hätten, die Notaufnahme aufsuchen zu müssen.

Reform soll auf bisherige Pläne zurückgreifen

Die Notfallreform soll sich nach den Plänen von Warken auf die Vorarbeiten des BMG in der vergangenen Legislaturperiode stützen. Damals hatte der ehemalige Bundesgesundheitsminister, Professor Dr. Karl Lauterbach MdB, einen Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung auf den Weg gebracht, der zwar in erster Lesung im Bundestag und auch in einer öffentlichen Anhörung im Gesund-

heitsausschuss Ende 2024 bereits beraten worden war, jedoch aufgrund des Ampel-Aus der Diskontinuität zum Opfer fiel.

Ziel des Gesetzentwurfs war es, Hilfesuchende im Akut- und Notfall schneller in die passende Behandlung zu vermitteln und Notfalleinrichtungen effizienter zu nutzen. So sollten akute Fälle nicht mehr von den Terminservicestellen, sondern unter der Rufnummer 116 117 von sogenannten „Akutleitstellen“ vermittelt werden, in denen Ärztinnen und Ärzte telefonisch oder per Video beraten würden. Deren Vernetzung mit den Rettungsleitstellen sollte eine bessere Patientensteuerung bewirken. Die Akutleitstellen sollten die Behandlungsdringlichkeit anhand eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens beurteilen und Patienten in die passende Behandlung vermitteln. Die Rufnummern 112 und 116 117 sollten auf Initiative der Rettungsleitstellen (Notrufnummer 112) künftig verbindlich zusammenarbeiten und sich digital vernetzen, sodass Patientendaten medienbruchfrei übermittelt werden könnten. Zudem sollten unter der Nummer 116 117 für Akutfälle flächendeckend und rund um die Uhr telemedizinische und aufsuchende Notdienste zur medizinischen Erstversorgung zur Verfügung stehen.

Als neue Struktur für Notfälle sollten in oder an ausgewählten Krankenhäusern Integrierte Notfallzentren (INZ) flächendeckend etabliert werden, in denen Notdienstpraxen und Notaufnahmen eng zusammenarbeiten und künftig auch mit niedergelassenen Praxen kooperieren sollten. Sie sollten rund um die Uhr eine zentrale Anlaufstelle für die medizinische Erstversorgung gewährleisten. Eine gemeinsame Ersteinschätzungsstelle sollte Hilfesuchende auf Basis eines standardisierten Verfahrens in die passende Versorgung – Notdienstpraxis oder Notaufnahme des Krankenhauses – steuern. Notdienstpraxen sollten zudem Mindestöffnungszeiten einhalten, auch abends und am Wochenende. Die ambulante Akutversorgung sollte, wenn die Notdienstpraxis nicht geöffnet hat, durch sogenannte Kooperationspraxen in der Nähe abgedeckt werden. Wenn weder die Notdienstpraxis noch die Kooperationspraxis geöffnet haben, sollten Patienten in die Akut- und Notfallversorgung des Krankenhauses vermittelt werden.

Ohne entsprechende personelle Kapazitäten wird es nicht gehen

In ihrer Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf würdigte die BÄK, dass keine völlig neuen Strukturen geschaffen würden, sondern auf die bestehenden Strukturen der Leitstellen und Notdienstpraxen aufgesetzt werde. Sie hielt jedoch Änderungen am Gesetzentwurf (wie KBV und nun auch DKG) für erforderlich. Zwingende Voraussetzung für die Reform sei die Schaffung ausreichender ambulanter und stationärer Kapazitäten. Ambulant tätige Ärzte könnten die Notaufnahmen und den Rettungsdienst nicht entlasten, wenn es keine freien Kapazitäten für die Versorgung von Akutfällen gebe. Hierfür müsse es entsprechende Rahmenbedingungen und Anreize geben.

Nach Auffassung der BÄK verspricht der Gesetzentwurf zudem eine erhebliche Leistungsausweitung. Das schlage sich auch im sprachlichen Duktus nieder, wenn anstelle von Rettungsleitstellen und Notfallpatienten von einem Gesundheitsleitsystem und von Hilfesuchenden gesprochen werde. Dabei sei bereits heute die Besetzung des Bereitschaftsdienstes teilweise herausfordernd. Schon für die personelle Sicherung der Notfallversorgung ohne Ausweitung des Sicherstellungsauftrags seien zusätzliche Anstrengungen erforderlich. Dazu seien Maßnahmen wie zum Beispiel intelligente arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Regelungen und Anreize für Ärztinnen und Ärzte, die im Ruhestandsalter weiterhin ärztlich tätig sein möchten, unbedingt erforderlich.

Für „nicht zielführend und auch nicht umsetzbar“ befand die BÄK das Vorhaben, telemedizinische Angebote „unabhängig vom tatsächlichen Bedarf“ rund um die Uhr und damit auch während der regulären Öffnungszeiten der Arztpraxen vorzuhalten. Dies gelte in gleicher Weise für die vorgesehene Etablierung eines aufsuchenden Dienstes auch während der Praxisöffnungszeiten. Die BÄK wies zudem auf die „große Bedeutung der Gesundheitskompetenz“ hin. Viele Menschen suchten – oftmals aus Unwissenheit – nicht-bedarfsgerechte Strukturen auf.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hatte im August 2025 in einem Positionspapier ein „Konzept für eine Reform der ambulanten Notfallversorgung“ vorgelegt und die Bundesregierung aufgefordert, eine solche Reform zügig anzugehen. Ziel müsse es sein, dass durch eine solche zielgerichtete zentrale Patientensteuerung nur solche hilfesuchende Patientinnen und Patienten die INZ an den Krankenhäusern in Anspruch nehmen würden, die diese auch tatsächlich benötigten. Wie auch in bisherigen Reformvorhaben vorgesehen, sollten dem DKG-Konzept nach die INZ organisatorischer Ankerpunkt der künftigen Notfallversorgung an Krankenhäusern sein. Für die Auswahl geeigneter Standorte würden bundesweite Planungskriterien erarbeitet, auf deren Grundlage die Länder letztverantwortlich über die Standorte im Rahmen ihrer Planungsverantwortung entschieden. Dabei seien die Erreichbarkeit der Standorte und die Zahl der von einem Standort zu versorgenden Menschen ausschlaggebend. Damit die INZ kostendeckend arbeiten könnten, bedürfe es eines neuen Finanzierungssystems, das auch die Vorhaltung berücksichtige und Aufwände angemessen abbilde.

Der GKV-Spitzenverband kritisierte insbesondere den hohen bürokratischen Aufwand des Entwurfs, der „mehrere hundert“ Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern, Kassenärztlichen Vereinigungen vorsehe. Hinzu käme eine ähnlich hohe Anzahl an Kooperationsverträgen mit Rettungsdiensten sowie die Einrichtung gemeinsamer Organisationsgremien. Dies führe zu unnötigen personellen und finanziellen Aufwänden und trage zu einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft bei, „nicht aber zu einer sinnvollen strukturierten Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen“.

Rettungsdienst muss einbezogen werden!

Sowohl der GKV-Spitzenverband als auch die Bundesärztekammer hoben hervor, dass eine Notfallreform nur unter Einbeziehung des Rettungsdienstes nachhaltig gelingen könne. Eine Novelle des Rettungsdienstes, die im parlamentarischen Verfahren Teil der Notfallreform werden sollte, war in der vergangenen Legislaturperiode ebenfalls vom BMG geplant. Wesentlicher Baustein davon sollte die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbereich in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch sein. Außerdem sollte der Rettungsdienst mit den anderen Akteuren der Notfall- und Akutversorgung unter Nutzung der Telematikinfrastruktur digital vernetzt werden. Ein weiteres Ziel waren bundesweit gleichwertige Mindeststandards im Rettungsdienst. Hierfür sollten Prozesse etabliert werden, welche die Entwicklung von bundesweit einheitlichen Rahmenvorgaben für die Leistungserbringung der Rettungsdienste unter Einbeziehung aller Akteure und der Länder sicherstellen. Diese Reform galt bislang als ausgesprochen kompliziert, weil die Innenministerien der Länder in den Rettungsdienst involviert sind und die dezentralen Strukturen sehr unterschiedlich rechtlich verankert sind. Den Ausweg aus dieser Misere soll der bundeseinheitliche Rahmen bieten.

Sachverständigenrat Gesundheit diskutiert Wege aus der Überforderung

Arzneimittelverordnung im Dickicht der Zielkonflikte

Schon allein die Oberpunkte der rechtlichen Grundlagen und Pflichten für die ärztliche Arzneimittelverordnung zeigen das komplexe Anforderungsprofil, dem Ärztinnen und Ärzte bei der Verschreibung von Arzneimitteln unterliegen: Sorgfaltspflicht, Patientenwohl, Wirtschaftlichkeit. Zudem müssen das Arzneimittelgesetz (AMG) und die Muster-Berufsordnung der Bundesärztekammer befolgt werden. In der Bewertung und Bepreisung von Arzneimitteln, stellen sich herausfordernde Fragen, in die Ärztinnen und Ärzte als Verordner von Arzneimitteln im besonderen Maße involviert sind und die in der derzeitigen Diskussion um Effizienz und Einsparungen im Gesundheitswesen zusätzlich an Brisanz gewinnen: Wie viel dürfen Arzneimittel kosten? Wie stellt sich dies bei ungewissem Therapieerfolg dar? Unter welchen Umständen soll die Solidargemeinschaft die Kosten bis zu welcher Höhe übernehmen? Welche Privilegien sollten Arzneimittel genießen, die beispielsweise der Behandlung seltener Erkrankungen dienen? Diesen Fragestellungen widmete der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (SVR) dieses Jahr ein vielbeachtetes Gutachten „Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem“.

Im SVR-Gutachten heißt es, dass das Patientenwohl von vielen als oberster Leitmaßstab der Gesundheitspolitik anerkannt werde. Daher sei es sehr zu begrüßen, dass der medizinisch-technische Fortschritt – zum Beispiel bei neuen Krebsmedikamenten oder Gentherapien – für immer mehr Patientinnen und Patienten innovative Arzneimittel hervorbringen werde. Dies erhöhe die Chancen auf Heilung oder zumindest Linderung vieler Erkrankungen. Patientinnen und Patienten hätten hierzulande einen schnellen und umfänglichen Zugang zu pharmazeutischen Innovationen.

Diesen positiven Entwicklungen stünden jedoch steigende Ausgaben insbesondere für innovative, verschreibungspflichtige Arzneimittel gegenüber, führt der SVR aus. Der durchschnittliche Preis eines neu eingeführten patentgeschützten Arzneimittels hätte vor 15 Jahren bei rund 1.000 Euro gelegen und zuletzt um einen Wert von 50.000 Euro geschwankt. Insbesondere die derzeitige Preisfindung für Arzneimittel erweise sich als problematisch und stelle eine Herausforderung für die nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems dar.

Durch den medizinischen Fortschritt sind laut SVR künftig mehr hochpreisige Arzneimittel für eine größere Zahl an Patientinnen und Patienten und längere Behandlungszeiträume zu erwarten. Auch hochpreisigen Einmaltherapien werde künftig eine noch stärkere Bedeutung zukommen. Die damit verbundenen größeren Chancen auf Heilung oder auf deutliche Linderung von Krankheiten verschärften jedoch den Zielkonflikt zwischen bedarfsgerechter Versorgung, Innovationsanreizen und nachhaltiger Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems. Der SVR warnt vor einer „Überforderung des Systems“, wenn die bisherige, zu hohen Preisen führende Systematik der Bewertung und Bepreisung innovativer Arzneimittel nicht hinterfragt und modifiziert fortgesetzt würde. Der Arzt befindet sich hier an der „Front“, weil er aufpassen muss, dass er in diesem Zielkonflikt nicht zerrieben wird (Stichwort Wirtschaftlichkeitsprüfung).

Wirtschaftlichkeitsgebot ist herausfordernd

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist in § 12 SGB V verankert. „Einen wirtschaftlichen Mitteleinsatz im Gesundheitswesen zu erzielen, ist herausfordernd“, betont der Rat. Die einzelnen Marktteilnehmer hätten nur zum Teil Anreize, die Ressourcen der Solidar- bzw. Versichertengemeinschaft zu schonen und effizient einzusetzen. Die Krankenkassen würden in der Regel die Kosten für verschreibungspflichtige Arzneimittel über-

nehmen. Die Versicherten wiederum würden die tatsächlichen Kosten ihrer medikamentösen Behandlung meist nicht kennen. In der privaten Krankenversicherung hänge die Übernahme der Kosten für Arzneimittel vom Versicherungstarif ab. Die Solidar- bzw. Versichertengemeinschaft habe ein grundlegendes Interesse daran, dass möglichst geringe Kosten für Arzneimittel anfallen. Gleichzeitig bestehe die Erwartung, dass Innovationen mit patientenrelevantem Zusatznutzen in Deutschland schnell und für alle Versicherten verfügbar seien. Aus dem Interesse an nachhaltig finanzierbaren Arzneimittelpreisen auf der einen und an der Verfügbarkeit innovativer Therapieoptionen auf der anderen Seite ergebe sich ein möglicher Zielkonflikt, der bei der Preisregulierung von Arzneimitteln beachtet werden müsse. Eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung mit Arzneimitteln werde auf Dauer nur dann aufrechterhalten werden können, wenn es gelinge, durch geeignete Maßnahmen bei den Zielen gerecht zu werden.

Der Rat fokussiert sich in seinem Gutachten auf innovative „RX-Arzneimittel“ wobei Rx für die Verschreibungspflicht steht. Es gelte die Bedeutung des deutschen Absatzmarktes nicht zu unterschätzen – „er ist der größte in Europa und der drittgrößte weltweit“, so der SVR. Gemäß den Rechnungsergebnissen der GKV (sogenannte KJ1-Statistik) beliefen sich deren Leistungsausgaben im Jahr 2024 auf ca. 326,9 Milliarden Euro, davon entfielen ca. 55,2 Milliarden Euro (ca. 16,8 Prozent) auf Arzneimittel. Sie stellten damit den zweitgrößten Ausgabenposten im Gesundheitswesen dar, nach den Kosten für den Krankenhausbereich.

Gemäß OECD-Daten habe Deutschland zudem im europäischen Vergleich zugleich einen überdurchschnittlichen Verbrauch von Arzneimitteln, erläuterte der Rat. Die Unterschiede zwischen den Arzneimittelausgaben im internationalen Vergleich ließen sich aber nur teilweise über die verhältnismäßig hohe Verbrauchsmenge erklären. Auch das Preisniveau sei in Deutschland hoch. Deutschland gelte insofern als „Hochpreisland“ für patentgeschützte Arzneimittel, als die Preise für patentgeschützte Arzneimittel im Durchschnitt über den Preisen in anderen europäischen Ländern liegen würden.

Der SVR macht in dem Gutachten unter anderem Vorschläge, die das „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG)“ betreffen, das seit 2011 den Erstattungsrahmen neuer Arzneimittel in Deutschland regelt. Die Preise von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen oder Wirkstoffkombinationen werden im Rahmen des „AMNOG-Prozesses“ auf Basis des „Zusatznut-

zens“ im Vergleich zu ihrer zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT) zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und dem betroffenen pharmazeutischen Unternehmen verhandelt. Ein verhandelter Erstattungsbetrag gilt ab dem siebten Monat nach Inverkehrbringen eines Arzneimittels. Der Rat empfiehlt unter anderem, statt dem bisherigen, vom Pharma-Unternehmen frei wählbaren Preis für ein Arzneimittel in den ersten sechs Monaten nach Markteintritt, einen extern festgelegten Interimspreis einzuführen, der sich – bis auf begründete Ausnahmen – an den Kosten der zVT orientiere. Der Rat spricht sich darüber hinaus dafür aus, dass der G-BA gegebenenfalls von sich aus Neubewertungen des Zusatznutzens anstoßen können müsse, was Neuverhandlungen des Preises nach sich ziehen würde. Weiterhin empfiehlt der Rat die Einführung eines jährlich anzupassenden Arzneimittelbudgets für patentgeschützte, hochpreisige Arzneimittel, welches sich zum Beispiel an Veränderungen des Bruttoinlandsprodukts orientieren könnte. Viele internationale Gesundheitssysteme nutzten globale Budgets, bei deren Überschreitung automatische Preisabschläge griffen.

Pay for performance für teure Einmalgaben?

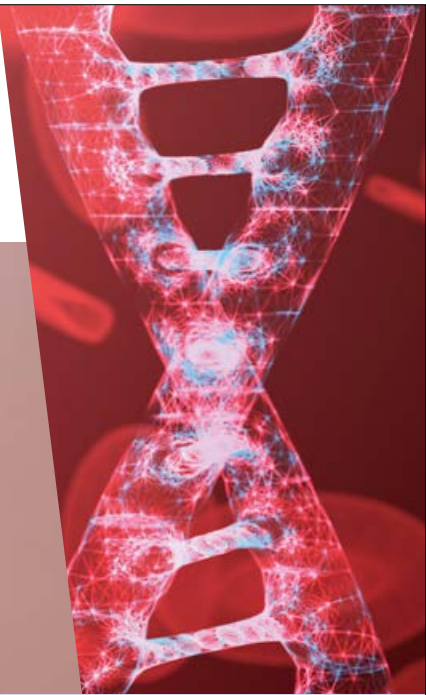


Für teure Einmalgaben, bei denen der Therapieerfolg großen Unsicherheiten unterliege, empfiehlt der Rat stärker auf den Einsatz von

erfolgsabhängigen Vergütungsmodellen (sogenannten Pay-for-Performance-Modellen) zu setzen. Um Fehlanreize bei der Nutzung von erfolgsabhängigen Modellen zu reduzieren, seien Anpassungen in der Systematik des Risikostrukturausgleichs durchzuführen.

Der Rat hebt darüber hinaus hervor, dass für eine bedarfsgerechte Versorgung die wissenschaftliche Fundierung im Sinne einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung unabdingbar sei. Mit Blick auf den Arzneimittelmarkt seien dabei mindestens drei Aspekte wesentlich: Evidenzbasierte Ressourcenallokation, Patienteninformation und -beteiligung und ein lernendes Gesundheitssystem.

Die bedarfsgerechte Versorgung muss nach Ansicht des Rates auch in Krisensituationen aufrechterhalten werden. Wie die SARS-CoV-2-Pandemie gezeigt habe, könnten die schnelle Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel in ausreichender Menge sowie eine angemessene Evidenz über deren Wirksamkeit und Sicherheit bei der Bewältigung von Gesundheitskrisen eine entscheidende Rolle spielen. Auch zur Resilienzsteigerung seien deshalb die Weiterentwicklung von Studiendesigns, der Aufbau einer geeigneten Forschungsinfrastruktur sowie der Abbau regulatorischer Hürden wichtig. Zudem sei in den letzten Jahren deutlich geworden, dass für eine zuverlässige Versorgung robuste Arzneimittellieferketten unverzichtbar seien.



Anzeige



Meet
Health.
Future.
People.

MEDICA
17–20 Nov. 2025
Düsseldorf,
Germany

Get your ticket now!



Erste Ergebnisse aus dem RKI-Panel
„Gesundheit in Deutschland“

Entwicklungen in der psychischen Gesundheit junger Erwachsener „besorgniserregend“

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat erste Ergebnisse aus dem Panel „Gesundheit in Deutschland“ veröffentlicht, in dem es in Zusammenarbeit mit dem infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft regelmäßig aktuelle Informationen zum Gesundheitszustand der Menschen in Deutschland erhebt. Demnach gaben im Jahr 2024 mehr als die Hälfte der Erwachsenen in Deutschland (53,7 %) an, an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen oder dauerhaften gesundheitlichen Problemen zu leiden. Mehr als ein Drittel aller Erwachsenen berichtete längerfristig aufgrund eines Gesundheitsproblems bei ihren Alltagstätigkeiten eingeschränkt gewesen zu sein (38,8 %). Zudem gab fast jeder dritte Erwachsene (28,2 %) ein eher niedriges psychisches Wohlbefinden an.

Mit den Daten der Jahreswelle 2024 wurden für fünf Indikatoren Zeitreihen fortgeführt: Selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit, Chronisches Kranksein, Körperliche Einschränkungen, Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten, Diabetes mellitus: Prävalenz. Zudem wurde ein neuer Indikator zum psychischen Wohlbefinden aufgenommen. Perspektivisch sollen weitere hinzukommen.

Der Studie zufolge bewerteten etwa zwei Drittel der Erwachsenen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut (64,2 %). Dabei zeigten sich Unterschiede nach Alter, Geschlecht und Bildung. Mit zunehmendem Alter nehme die körperliche Funktionsfähigkeit allmählich ab, erklärte das RKI, und es könnten multiple chronische Beschwerden und Krankheiten auftreten, die eng mit der wahrgenommenen allgemeinen Gesundheit zusammenhängen würden. Es sei bekannt, dass bei Erwachsenen geschlechtsspezifische und sozioökonomische Ungleichheiten in Bezug auf die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit beständen, wobei Frauen beziehungsweise Personen der niedrigeren Bildungsgruppe ihre allgemeine Gesundheit schlechter einschätzen würden. Diese Unterschiede hätten sich in den letzten zwei Jahrzehnten kaum verändert.

Von 2014 auf 2024 hat der Studie zufolge der Anteil in der Bevölkerung mit einer chronischen Krankheit oder einem lang andauernden Gesundheitsproblem zugenommen. Für das RKI leitet sich ein erheblicher langfristiger Versorgungsbedarf ab, sowie die Notwendigkeit gesundheitsfördernde und krankheitsvorbeugende Maßnahmen zu ergreifen. Präventions- und Versorgungsangebote müssten so gestaltet werden, fordert das RKI, dass sie auch Bevölkerungsgruppen erreichten, die vermehrt von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen seien.

Beim Indikator der „körperlichen Einschränkungen“ berichtete das RKI, dass von 2014 bis 2019 die Prävalenz der Mobilitätseinschränkungen um 2,6 % „bedeutsam angestiegen“ sei und sich auf diesem Niveau stabilisiert habe. Diese Zunahme sei nur teilweise

durch die Alterung der Gesellschaft erklärbar. Dabei spielten auch Erkrankungen, Übergewicht und reduzierte körperliche Aktivität eine Rolle. Das RKI spricht sich für Maßnahmen und Angebote für mobilitätseingeschränkte Menschen aus, die ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Dazu zählten zum Beispiel Physiotherapie und die Bereitstellung geeigneter Hilfsmittel und weiterer Unterstützungsangebote sowie Barrierefreiheit im weiteren Wohnumfeld.

Der Anteil von Personen mit Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten hat sich der Studie nach um fünf Prozentpunkte seit 2019 erhöht: Damals waren es noch 33,4 % der Erwachsenen. Schwerpunkte für die Prävention gesundheitsbedingter Einschränkungen im Alltag können sich laut RKI an den Hauptrisikofaktoren für chronische Erkrankungen orientieren, zum Beispiel Übergewicht und mangelnde körperliche Aktivität, sollten jedoch auch das Lebensumfeld, die soziale Einbindung zur Vermeidung von Einsamkeit und die Verbesserung der Lebensbedingungen berücksichtigen, besonders bei Personen der niedrigen Bildungsgruppe. „Die Prävention sollte schon in jüngeren Altersgruppen beginnen und über die gesamte Lebensspanne erfolgen“, betont das Institut.

Im Bereich des neu hinzugefügten Indikators berichteten die befragten Erwachsenen im Durchschnitt ein moderates psychisches Wohlbefinden (25,9 %), „vergleichbar mit anderen europäischen Ländern“, so das RKI. Am höchsten war mit 37,7 % der Anteil von Personen zwischen 18 und 29 Jahren mit einem niedrigen psychischen Wohlbefinden. Bei Personen aus der niedrigen Bildungsgruppe berichteten 33,2 Prozent ein niedriges psychisches Wohlbefinden. „Die gefundenen Unterschiede nach Alter und Bildung entsprechen Befunden aus Deutschland in 2022/23 sowie denen anderer OECD-Länder und unterstreichen die besorgniserregenden Entwicklungen in der psychischen Gesundheit junger Erwachsener“, mahnt das RKI.

Nina Warkens erstes Gesetz

Lachgas und K.O.-Tropfen sollen im Privatgebrauch unterbunden werden

Das Ende der Sommerpause des Deutschen Bundestags hat die parlamentarischen Beratungen zu den vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) über den Sommer eingebrachten Gesetzesinitiativen eingeläutet. Als erste Initiative von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) hatte das Bundeskabinett am 2. Juli 2025 einen Gesetzentwurf zum Verbot von Lachgas und K.O.-Tropfen verabschiedet. Ziel ist es, laut BMG, die Gesundheit insbesondere von Jugendlichen und jungen Erwachsenen „vor den häufig unkalkulierbaren und schwerwiegenden Gefahren“, die mit dem Konsum von neuen psychoaktiven Stoffen (NPS) verbunden seien, zu schützen.

Warken ist überzeugt, mit dem Gesetzentwurf dem erhöhten Konsum und dem missbräuchlichen Konsum von Lachgas und K.O.-Tropfen erfolgreich entgegenzutreten. Man sei zwar kein Spaßverderber, aber Lachgas habe „weder etwas mit Party noch mit Spaß zu tun“, so die Ministerin. Die Folgen des missbräuchlichen Konsums könnten „gravierend“ sein.

Im Mai 2025 hat das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) auf die mit dem Konsum von Lachgas als Partydroge verbundenen gesundheitlichen Gefahren hingewiesen. Studien aus europäischen Nachbarländern belegten, so das BfR weiter, dass der Konsum von Lachgas auch zu schweren und bleibenden Gesundheitsschäden führen könne. Im Großraum Paris seien zwischen 2018 und 2021 insgesamt 181 Patientinnen und Patienten mit schweren Lachgasvergiftungen erfasst worden, bei denen das Rückenmark oder weitere Teile des Nervensystems teilweise stark geschädigt gewesen seien. Die neurologischen Schäden würden durch eine Störung des Vitamin B12-Stoffwechsels verursacht. Lachgas reagiere mit Vitamin B12, das üblicherweise durch die Nahrung aufgenommen werde, und mache dieses dadurch inaktiv. Da Vitamin B12 eine wichtige Rolle beim Aufbau von Nervenzellen und bei der Blutbildung habe, könne es in der Folge deshalb unter anderem zu Lähmungen und Taubheitsgefühlen sowie zu einer besonderen Form der Blutarmut kommen.

Für Kinder und an Automaten verboten

Um den Missbrauch von Lachgas einzuschränken, soll nun die Abgabe von Lachgas an Kinder und Jugendliche sowie der Verkauf über Versandhandel und Automaten verboten werden. Dafür soll das sogenannte Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) ergänzt werden. Lachgas und Zubereitungen dieses Stoffes (jeweils in Kartuschen mit einer Füllmenge von mehr als 8g) sollen zukünftig dem Umgangsverbot des § 3 NpSG unterfallen. Für Kinder und Jugendliche gilt dann ein Erwerbs- und Besitzverbot, der Verkauf an Kinder und Jugendliche sowie der Verkauf über Automaten und den Versandhandel wird verboten.

Außerdem soll der Handel und Vertrieb von zwei Stoffen erschwert werden, die von Kriminellen als sogenannte K.O.-Tropfen eingesetzt würden, um Vergewaltigungs- und Raubdelikte zu begehen, wie Warken erklärte. Hierzu sollen im NpSG ebenfalls die Regeln für Gamma-Butyrolacton (GBL) und 1,4-Butandiol (BDO), die als K.O.-Tropfen missbraucht würden, erfasst werden. Für Zubereitungen dieser Stoffe mit mehr als 20 Prozent Konzentration sollen strenge Verkaufsverbote gelten. Durch die Gesetzesänderung sind dann etwa Inverkehrbringen, Handel und Herstellung verboten.

In beiden Fällen, sowohl beim Lachgas als auch bei den K.O.-Tropfen, würden die Stoffe zweckentfremdet, die eigentlich für gewerbliche und industrielle Zwecke zugelassen seien, erläuterte Warken. Das BMG wies darauf hin, dass die nach dem jeweiligen Stand von Wissenschaft und Technik anerkannte Verwendung eines neuen psychoaktiven Stoffes zu gewerblichen, industriellen oder wissenschaftlichen Zwecken sowie die Verwendung als Arzneimittel und Medizinprodukt von den Verboten ausgenommen bleibe.

Die Überarbeitung des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes sei eine Daueraufgabe, ist Warken überzeugt. Kriminelle entwickelten immer wieder neue Stoffe, die dann als Drogen verkauft würden und nicht vom Gesetz erfasst seien. Es sei bereits ein weiteres Problem aufgetan worden, nämlich neue LSD-Derivate, die auch schon teilweise an Automaten verkauft würden. „Auch hierfür braucht es ein striktes Verbot aus unserer Sicht. Und dazu ist eben auch jetzt eine Verordnung schon in Arbeit“, so Warken.

Nach Warkens Vorstellungen sollen die parlamentarischen Beratungen zu dem Gesetzentwurf zur Änderung des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes „zügig abgeschlossen werden“, so dass es „dieses Jahr noch in Kraft treten kann“.



Nur auf den ersten Blick reiner Spaß: Lachgas.

Viele Studien greifen geschlechtsspezifische Unterschiede nicht gut auf

Geschlechtersensibilität für erfolgreiche Diabetes-Versorgung

In den letzten Jahren hat die Gendermedizin immer mehr an Bedeutung gewonnen. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat nun auf Unterschiede in der Behandlung und dem Verlauf dieser Stoffwechselerkrankung bei Frauen und Männern hingewiesen und eine stärkere Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Unterschiede konsequent in allen Bereichen der Diabetologie gefordert. So seien Frauen mit Diabetes nach der Menopause deutlich stärker gefährdet, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden. Neben den bekannten Risikofaktoren wie Blutzucker- und Fettstoffwechselstörungen spielten hormonelle Veränderungen und psychosoziale Belastungen eine zentrale Rolle.

Nach den Zahlen der DDG tragen Frauen mit Diabetes nach den Wechseljahren ein um 40 Prozent höheres Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden als gleichaltrige Männer. Auch die Wahrscheinlichkeit für einen Schlaganfall steigt für sie um 25 Prozent. Auch der weibliche Zyklus beeinflusst den Zuckerstoffwechsel: Zwei Drittel aller Frauen mit Diabetes erlebten in der zweiten Zyklushälfte eine reduzierte Insulinempfindlichkeit. Die Menopause wiederum bringe häufig eine Gewichtszunahme im Bauchbereich, verstärkte Insulinresistenz und neue Herausforderungen in der Einstellung des Blutzuckers mit sich. „Hier braucht es maßgeschneiderte Therapieansätze“, fordert Professor Dr. Julia Szendrödi, Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselerkrankungen und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg.

Viele Studien würden die geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht gut aufgreifen, so Szendrödi. In den letzten Jahren werde zwar immer mehr drauf hingewiesen, dass verpflichtend der Frauenanteil auch hochgehalten werden müsse und eine ausreichende „Power“ erreicht werden müsse, um geschlechtsspezifische Unterschiede erheben zu können. „Das erfordert aber auch, dass das Design dieser Studien darauf ausgelegt werden muss“, so die DDG-Präsidentin. Szendrödi plädierte dafür, geschlechtsspezifische Parameter wie den Eintritt der Menopause, die Zahl der Geburten, die Stillzeit und Komplikationen in den Schwangerschaften hinsichtlich metabolischer Veränderungen in Studien zu berücksichtigen. Die Fachgesellschaft forderte ausreichend große Studien, um Unterschiede statistisch sauber abbilden zu können, sowie die Entwicklung praxisnaher Schulungsprogramme und Handlungsempfehlungen.

Pharmakologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen

Ein weiterer Aspekt sind laut DDG die pharmakologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Frauen reagieren auf bestimmte Medikamente sensibler und entwickeln bei höheren Dosen stärkere Nebenwirkungen, aber auch bei gleicher Dosis häufiger Nebenwirkungen. Zum Beispiel bei der Insulindosierung würden Frauen häufig überdosiert – „allein schon wegen ihres Körpergewichtes“, so die Diabetologin. Auch erhielten Frauen wegen ihrer Insulinsensitivität zu hohe Dosen und bekämen dadurch häufiger Hypoglykämien. Auch Blutdruck-Medikamente würden bei Frauen häufig überdosiert. Das hätte Nebenwirkungen wie Müdigkeit und

Wenn der Unterschied entscheidet:
Gendermedizin auf dem Weg aus dem Schattendasein



Schwindel zur Folge. „Das heißt, es ist sehr wichtig mit Patientinnen und Patienten im Gespräch zu bleiben, um zu erfragen, wie vertrauen sie die Medikation und genau zu überprüfen, ob die Ziele, die wir uns gesetzt haben in der Therapie erreicht wurden“, erklärte sie.

Die DDG machte zudem auf soziale Faktoren aufmerksam, die den Krankheitsverlauf beeinflussen und eine rechtzeitige Diagnostik oder effektive Therapie erschweren könnten. So trügen viele Frauen nach wie vor die Hauptverantwortung für Kinderbetreuung und Pflege – zusätzlich zu beruflichen Anforderungen. Gleichzeitig verfügten sie über geringere finanzielle Mittel, hätten seltener Zugang zu höherer Bildung und erleben häufiger strukturelle Hürden im Gesundheitssystem. „Frauen nehmen sich häufig selbst zuletzt wahr“, bedauert Szendrödi. Das müsse sich ändern. Insbesondere bei den Frauen müsse darauf geachtet werden, dass präventive Maßnahmen ergriffen würden.

Auch bei Männern zeigt sich für die DDG Handlungsbedarf. Sie wiesen häufiger eine mangelnde Therapietreue auf, insbesondere bei Krebserkrankungen – „ein weiteres Beispiel dafür, dass erfolgreiche Versorgung Geschlechtersensibilität braucht“, so Szendrödi. „Nur wenn das Geschlecht als medizinischer Einflussfaktor anerkannt wird, können wir Menschen mit Diabetes bedarfsgerecht behandeln“, so Szendrödi.

7. HB-Ärztinnentag

Empowerment für Ärztinnen: Ein Netzwerk für Mentoring, Orientierung und Unterstützung

Das Hartmannbund-Netzwerk Ärztinnen unter der Leitung von Dr. med. Wenke Wichmann, Dr. Dr. med. Galina Fischer und Dr. med. Iris Illing hatte zum 7. HB-Ärztinnentag „Empowerment für Ärztinnen“ eingeladen.

„How to...“ – Erfahrungsberichte von Dr. med. Antonia Stahl (MVZ-Gründerin), Dr. med. Gabriela Stammer (Niedergelassene Gynäkologin, Berufspolitikerin und Gründerin eines kommunalen Netzwerks) und Prof. Dr. med. Anke Lesinski-Schiedat (Leiterin HörZentrum MHH, stellvertretende Hartmannbund-Vorsitzende und Vorsitzende des Hartmannbund-LV Niedersachsen), gaben Einblicke in ein weites Spektrum von ärztlichen Tätigkeitsfeldern und luden ein zum Erfahrungsaustausch auch über diese Veranstaltung hinaus.

Sich als Ärztin auch in herausfordernden Situationen behaupten, souverän auftreten und gegen Widerstände für eigene Anliegen eintreten – dafür gab Coachin Stefanie Martin das richtige Handwerkszeug im Kommunikationstraining. Per Videoauswertung mit Feedback der Teilnehmerinnen konnten eigene Fähigkeiten, auch in schwierigen Gesprächen und Krisensituationen selbstbewusst und gelassen aufzutreten, trainiert werden.

Die Vorstellung des Projekts „Klare Kante“ gegen sexualisierte Belästigung am Arbeitsplatz von Dr. med. Regine Herzog, Gleichstellungsbe-

auftragte am Universitätsklinikum Freiburg, adressierte ein wichtiges Thema, bei dem Zusammenhalt und eine starke Gemeinschaft große Unterstützung liefern und eine feste Anlaufstelle für die Aufdeckung von Missständen nötig ist – ein Anliegen, das das Netzwerk Ärztinnen unterstützt.

Der HB-Ärztinnentag bot damit auch in diesem Jahr eine gute Gelegenheit, den Austausch zwischen erfahrenen und jungen Ärztinnen über relevante Themen zu fördern. Beim anschließenden Get-together im sommerlichen Hartmannbund-Garten in Berlin kamen entspannte Gespräche und interessante Begegnungen nicht zu kurz.

Das Netzwerk Ärztinnen im Hartmannbund wird das Projekt „Empowerment für Ärztinnen“ ausweiten. Es richtet sich an Medizinstudentinnen, Ärztinnen in Weiterbildung und erfahrene Ärztinnen. Ziel ist es, eine Plattform zu bieten, die berufliche Orientierung und persönliche Unterstützung miteinander verbindet. Als themenbezogenes Mentoring-Angebot, das von Ärztinnen für Ärztinnen und Medizinstudierende gestaltet wird, bietet das Netzwerk wertvolle Hilfestellung für alle Karrierestufen und Lebensrealitäten. Interessierte Ärztinnen und Medizinstudierende sind herzlich eingeladen, an diesem informellen Mentoring teilzunehmen.

Mehr Infos und Kontakt:

Sabine.Eckhardt@hartmannbund.de

Anzeige

**ABRECHNUNG DER
HYBRID-DRG
AUS ERFAHRENER HAND**

**NEUE POTENZIALE
FÜR IHRE PRAXIS**

Rundum-Service ohne Softwarekosten

- » inklusive Beteiligungsberechnung und zu attraktiven Konditionen
- » Abrechnung auch gegenüber sonstigen Kostenträgern
- » Komplettes Leistungspaket mit persönlichen Ansprechpartnern

LASSEN SIE SICH BERATEN!

ihre-pvs.de/hybrid-drg

PVS holding
ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN
ihre-pvs.de

Neuer MedizinCampus

Ein Meilenstein für Niederbayern

Was vor einigen Jahren noch wie eine weit entfernte Vision klang, ist nun Realität geworden: Bayern erhält mit dem MedizinCampus Niederbayern (MCN) ein starkes Standbein in der Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte – ein Schritt, der die Gesundheitsversorgung in der Region nachhaltig verändern kann.

Der MCN bietet unter akademischer Verantwortung der Universität Regensburg seit dem Wintersemester 2024/25 den Studiengang „Medizin Niederbayern“ mit 110 Studienplätzen an. Der erste Ausbildungsabschnitt findet in Regensburg statt, der zweite Teil direkt in Niederbayern. Das Studium startet dort zum WiSe 2027/28. Die Kohorte wird dann zu gleichen Teilen auf die vier MCN-Standorte Deggendorf/Mainkofen, Landshut, Passau und Straubing aufgeteilt. Um bis dahin einen modernen Campus für die Studierenden fertigzustellen, rollen dort derzeit die Bagger und Lehrgebäude entstehen. Der neue Multimediahörsaal der Universität Passau wird zum Beispiel Herzstück des Zentrums für Digitale Medizinausbildung (ZeDiMA). Hier soll die Lehre über Standorte hinweg zusammenfließen – per Livestream, Simulation und anderen interaktiven Formaten.

Mit dem MedizinCampus wird eine entscheidende Lücke in der medizinischen Ausbildung der Region geschlossen. Mit dabei sind Kliniken in Regensburg, Passau, Deggendorf/Mainkofen, Straubing und Landshut sowie die Hochschulen in Passau, Deggendorf und Landshut – als gleichberechtigte Partner. Damit entsteht in Zusammenarbeit ein innovatives Ausbildungsnetzwerk, das gezielt auf den Ärztemangel in Niederbayern reagiert und neue Perspektiven für Studierende wie



HB-Landesvorsitzender Wolfgang Gradel mit den Vorsitzenden des Ausschusses Medizinstudierende, Kimberley Gärtner und Peter Schreiber

auch für die regionale Gesundheitsversorgung eröffnet, indem es Theorie und Praxis eng verzahnt. Das Erfolgsrezept: Jeder Partner bringt seine eigene Perspektive mit ein.

Dass dieser Weg möglich wurde, ist auch u. a. dem Engagement des Hartmannbundes Bayern zu verdanken, der die Idee mit in die Öffentlichkeit getragen und stets für Akzeptanz geworben hat. Der Landesverband habe frühzeitig erkannt, welche Chancen ein Campus zum Beispiel für

Passau bietet, so der Landesvorsitzende Wolfgang Gradel. Immer wieder habe er sich bei den beteiligten Akteuren, auch bei Skeptikern, Gehör verschafft. Anfangs habe es viele Widerstände gegeben, viele hätten es für eine „Schnapsidee“ gehalten, doch nur so könne die Versorgung in der Region auch in der Zukunft gesichert werden, da war sich Gradel schon damals sicher. „Wir erhoffen uns damit natürlich, dass mehr junge Ärztinnen und Ärzte in der Region bleiben, einen gewissen Klebeeffekt.“ Direkt dort studieren, wo man später (hoffentlich) leben will.



Prof. Dr. Ernst Tamm, Vizepräsident für Forschung und Nachwuchsförderung der Universität Regensburg

Im Herbst 2020 wurden die Universität Regensburg und die Technische Universität München (TUM) vom Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst damit beauftragt, eine Machbarkeitsstudie nach dem Konzept eines MedizinCampus Niederbayern zu erstellen, der verschiedene klinische Standorte in Niederbayern einbeziehen sollte. Nachdem im März 2022 die Entscheidung für das Regensburger Konzept vom Ministerrat getroffen wurde, wird nun, im finalen Konzept, eine Gleichstellung der vier beteiligten MCN-Standorte angestrebt. „Die Regensburger Idee war einfach die Bessere“, betont Gradel. Eine Volluniversität wäre zum Beispiel zum Scheitern verurteilt gewesen, da Passau über keine Naturwissenschaften verfüge.

Viele strukturelle und auch finanzielle Hürden mussten auf dem Weg dahin genommen werden. Prof. Dr. Ernst Tamm ist Vizepräsident für Forschung und Nachwuchsförderung der Universität Regensburg und berichtet über die großen Herausforderungen dieses Projektes: „Da der vorklinische Teil des Studiums an der Universität Regensburg

stattfindet, mussten hier Voraussetzungen geschaffen werden, um die (infra)strukturellen Herausforderungen zu meistern: Raumsituation, Personal, Curriculumsanpassung. Für die Kooperation mit den niederbayerischen MCN-Partnern war es wichtig, Fragen der Finanzierung, der Rechte und Pflichten, die eingegangen werden müssen, sowie der Personal- und Raumplanung in Niederbayern zu klären. Dies wurde in einem vertrauensbildenden Prozess vorbereitet und schließlich mit Unterzeichnung einer Rahmenvereinbarung rechtlich festgeschrieben.“

Der MCN wolle gezielt Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner in Niederbayern ausbilden und so dem regionalen Ärztemangel entgegenwirken. Er ziele auf eine langfristige Bindung von Studierenden an die Region. Die starke und ausgewogene Kooperation zwischen sowohl akademischen als auch klinischen Partnern ermögliche ein innovatives Studienmodell, das als dezidiert wissenschaftsorientiert zugleich auf klinisch-praktische Ausbildung in der Region setze. „Charakteristisch für den MCN sind in diesem Kontext kleine

Gruppengrößen, die ein erstklassiges Betreuungsverhältnis für die Studierenden garantieren sowie der Einsatz eines innovativen und modernen Lehr-Lernkonzepts, das auf digitale Formate setzt, wo es methodisch-didaktisch sinnvoll erscheint“, sagt Tamm.

Bis zum Vollausbau des MCN gebe es noch einige Meilensteine zu bewältigen, zum Beispiel fangen gerade die ersten Ausschreibungen für die 20 klinischen Professuren an, die bis 2027 größtenteils besetzt sein sollen; ferner sei noch ein Lehr- und Forschungsgebäude an der Universität Regensburg geplant, das bis ca. 2030 fertiggestellt werden soll. Der Fokus liege bis dahin ganz und gar auf der möglichst optimalen und vor allem erfolgreichen Umsetzung des bestehenden Konzepts. Erweiterungen seien daher momentan nicht vorgesehen.

„Mit der Gründung des MedizinCampus Niederbayern ist ein starkes Signal für die Zukunft der medizinischen Versorgung gesetzt worden“, da ist sich Wolfgang Gradel sicher. Es entstehe ein Campus, der eine akademische Exzellenz auch angesichts moderner, digitaler Lehrmethoden für die Region verspricht.

MCN-Student Sebastian Gumming im Interview

Lehre individuell in kleinen Gruppen

Warum hast du dich für ein Studium an der Uni Regensburg und den MCN entschieden?

In erster Linie habe ich mich für Regensburg und den MCN entschieden aufgrund der Heimatnähe. Mittlerweile weiß ich aber vor allem auch die wunderschöne Stadt zu schätzen und dass die Universität eine Campusuniversität ist. Viel entscheidender für das Studium ist aber, dass die Lehre in der Regensburger Vorklinik sehr strukturiert und sehr gut darin ist, die Studenten aufs Physikum vorzubereiten.

Der MCN will explizit Nachwuchs ausbilden, um dem regionalen Ärztemangel entgegenzuwirken – also eine langfristige Bindung zur Region. Was hältst du von dem Konzept?

Ich halte das Projekt MCN für eine sehr gute Möglichkeit dem regionalen Ärztemangel entgegenzuwirken. Man will einen Klebeeffekt erzeugen und gerade für die Leute, die Niederbayern irgendwann einmal als ihre Heimat bezeichnen wollen, egal ob sie von hier stammen oder nicht, ist es eine außergewöhnliche Gelegenheit an dem Ort zu studieren, wo man später einmal arbeiten möchte. Ich selbst würde gerne am Klinikum Passau meine Facharztweiterbildung machen und werde auf jeden Fall in dieser Region bleiben. Mit dem MCN habe ich die Möglichkeit vor meiner Facharztausbildung die Klinik genauer kennenzulernen und bereits die Strukturprozesse zu verinnerlichen. Außerdem lernt man die Kollegen kennen, mit denen man später einmal zusammenarbeiten wird.

Kleine Gruppen und innovative, digitale Lehr-Konzepte: Was spürst du aktuell schon davon?

Das Prinzip kleine Gruppen wird bereits jetzt am Präparationstisch an der Vorklinik gelebt. Dabei werden bei uns die Körperspender in kleineren Gruppen mit einer Anzahl von ungefähr 16 Leuten präpariert. Dieses Prinzip wird auch in den niederbayerischen Kliniken aufgegriffen. So werden an jeder Klinik pro Semester Gruppen von 20-25 Studenten unterrichtet, wodurch die Lehre individueller gestaltet werden kann. Es sollen uns auch digitale Lernkonzepte in der Klinik

zur Verfügung stehen. In Passau wird ein Multimediahörsaal für uns gebaut und Vorlesungen sollen in hybrider Form stattfinden. Ein Teil der Studentenschaft wird so digital unterrichtet, während ein anderer Teil vor Ort unterrichtet wird.

Welche generellen Eindrücke hast du bislang von der Uni gewonnen?

Meine Erfahrungen an der Universität Regensburg sind bis jetzt hervorragend. Ich bereue es keinen Tag an der Universität Regensburg Medizin zu studieren. Man erhält eine fundierte praxisnahe Ausbildung bei sehr guter Lehre und motivierten Dozenten. Die Gemeinschaft und Kameradschaft, welche sich hier unter den Studierenden verschiedenster Semester aufgebaut haben, machen das Medizinstudium in Regensburg für mich einzigartig. Die Digitalisierung in der medizinischen Ausbildung schreitet mit großen Schritten voran. Ich freue mich jetzt schon auf den neuen digitalen Campus, der von der Universität Passau aufgebaut wird.

Was wünschst du dir von dem neuen Campus? Welche weiteren innovativen Inhalte könntest du dir vorstellen?

Ich wünsche mir vor allem in der Klinik eine patientennahe Ausbildung in kleinen Gruppen. Die kleineren Gruppen machen es möglich Lehre individueller zu gestalten, als es an großen Unikliniken der Fall ist. Wenn so jeder Student bereits während dem Studium die Möglichkeit hat, das Gelernte am Patienten selbst praktisch anwenden zu können, ist es ein großer Gewinn für die Ausbildung junger Mediziner. Wenn der MCN diese Versprechen hält, sind wir dem modernen Medizinstudium ein Stückchen nähergekommen.



Foto: privat

Anzeige

ETL | ADVISION **SPEZIAL**
Steuern & Recht im Gesundheitswesen

Webinar

**ETL ADVISION SPEZIAL
Arbeitsrecht im
Gesundheitswesen –
ein Update**

22. Oktober 2025 | 13:00–13:45 Uhr
Referentinnen StB Janine Peine und
RA Katrin-C. Beyer, LL.M.

Jetzt kostenlos
registrieren

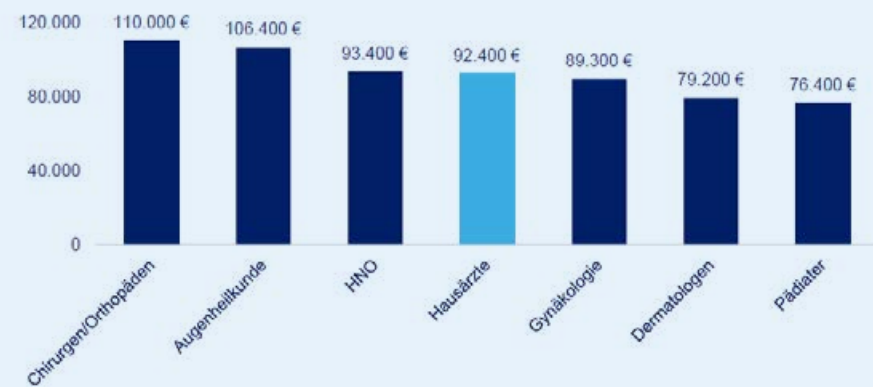
apoBank-Umfrage zeigt Trends bei Gehältern
angestellter Ärzte in der ambulanten Versorgung

Gute Verdienstchancen für angestellte Ärzte fernab der Großstädte

Rund 64.000 Ärztinnen und Ärzte waren im Jahr 2024 in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) beschäftigt. Der Trend zeigt: Junge Ärzte zieht es eher in die Metropolen, während in den ländlichen Regionen Ärzte dominieren, die ihren 50. Geburtstag schon hinter sich ge-

halt gibt es mit 76.400 Euro in der Pädiatrie. Doch auch die Praxisgröße und das Vergütungsmodell beeinflussen die Gehaltshöhe: Arbeiten Ärzte im MVZ und sind am Umsatz beteiligt, so ist ihr Jahresbruttogehalt im Schnitt etwa um ein Drittel höher als bei Medizinerinnen mit Festgehalt. In den Bereichen der Chirurgie und Orthopädie ist ein

Durchschnittliches Bruttojahresfestgehalt nach Fachgruppen



Quelle: apoBank / Umfrage unter angestellten Ärzten in der ambulanten Versorgung (2025)

lassen haben. Dabei zeigt sich: Angestellte Fachärzte auf dem Land und in den Kleinstädten verdienen im Schnitt 103.000 Euro Bruttojahresgehalt. Das sind etwa 8.000 Euro mehr als in der Großstadt. Gehaltsdifferenzen zeigen sich auch bei angestellten Hausärzten: In kleineren Gemeinden ist das durchschnittliche Bruttojahresgehalt mit rund 96.000 Euro höher als in den großen Städten. Dort liegt der Durchschnitt bei ca. 88.000 Euro jährlich.

Mehr Verdienst durch Umsatzbeteiligung

Die Höhe der Gehälter hängt natürlich eng mit der Fachrichtung zusammen – so sind die Verdienstmöglichkeiten in technikintensiven Bereichen wie Chirurgie und Orthopädie mit 110.000 Euro im Schnitt am höchsten. Das niedrigste Durchschnittsge-

solches Beteiligungsmodell bereits heute sehr beliebt. Allerdings bleibt das Festgehalt das klassische Vergütungsmodell, 69 Prozent der befragten angestellten Mediziner werden danach bezahlt.

Zufriedenheit hält sich in Grenzen

Aus der Umfrage wird auch deutlich, dass nur 38 Prozent der befragten Ärztinnen mit ihrem aktuellen Gehalt zufrieden sind, bei ihren männlichen Kollegen ist die Quote der Zufriedenen mit 47 Prozent etwas besser. Dabei spielt der Verdienst für mehr als zwei Drittel der Teilnehmer eine wichtige Rolle für ihre Arbeitszufriedenheit. Regelmäßige Gespräche über die Vergütung sind jedoch noch nicht sehr üblich in vielen Praxen. Nur etwa 30 Prozent der Be-

fragten haben die Möglichkeit, sich zu festen Terminen mit ihren Vorgesetzten über das Thema Gehalt auszutauschen.

Wichtigster Benefit: Fort- und Weiterbildung

Die angestellten Mediziner haben auch konkrete Erwartungen an ihre Arbeitgeber: Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten stehen für gut 80 Prozent an erster Stelle, flexible Arbeitszeitmodelle finden etwa 70 Prozent wichtig. Doch während der Großteil der Arbeitgeber Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung schafft, werden nur etwa jedem zweiten Arzt flexible Arbeitszeiten angeboten. Auch betriebliche Altersvorsorge steht hoch im Kurs, aber nur weniger als ein Drittel der Befragten ist über den Arbeitgeber entsprechend abgesichert. Dabei lässt sich eine solche Absicherung meist sehr unkompliziert aufsetzen und kann ebenfalls zur Attraktivität des Arbeitsplatzes beitragen.

Mehr Details und weitere Informationen aus der Umfrage gibt es auf den Internetseiten der apoBank:



Betriebliche Altersversorgung (bAV)

Machen Sie den Unterschied!



Der Fachkräftemangel in Deutschlands Arztpraxen verschärft sich rasant. Laut Bundesärztekammer steht die MFA-Ausbildung bei jungen Menschen zwar ganz oben auf der Beliebtheitskala, aber die Absolventenzahlen reichen bei weitem nicht aus, um die enorm hohe Nachfrage nach gut qualifizierten Praxismitarbeitenden zu decken.

Gleichzeitig verlässt immer mehr gut ausgebildetes medizinisches Fachpersonal die Praxen. Exakte Zahlen, die bundesweit den Mangel belegen, gibt es nicht. Aber eine Umfrage der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen verdeutlicht beispielhaft die sich immer weiter verschärfende Situation: Fast 50 Prozent der befragten Praxen gaben an, dass ihnen Praxismitarbeitende abgeworben wurden, häufig durch Krankenhäuser, Krankenkassen oder Pflegeeinrichtungen, die bessere Vergütungen bieten. Rund 25 Prozent der Praxen konnten in den letzten zwölf Monaten ihre freien MFA-Stellen nicht besetzen, was zur Folge hat, dass knapp 75 Prozent ihr Leistungsangebot in den Praxen einschränken mussten. Ähnlich verhält es sich in Berlin, wo die Hälfte aller Praxen Schwierigkeit haben, die offenen Stellen zu besetzen. Und auch in Bayern wird vor einer alarmierenden Entwicklung gewarnt.

Was bedeutet der Mangel an medizinischem Fachpersonal für Arztpraxen?

Die Mitarbeitenden sind der erste Kontaktpunkt in einer Praxis und spielen eine entscheidende Rolle für einen reibungs-

losen Praxisablauf – sie sind das Rückgrat einer jeden Arztpraxis. Gibt es einen Mangel an medizinischem Fachpersonal, hat das spürbare Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten und damit auf die medizinische Versorgung. Schon heute müssen Patientinnen und Patienten wochenlang auf Facharzttermine warten oder werden ganz abgewiesen.

Für Praxisinhaberinnen und -inhaber bedeutet das: weniger Arzt-Patientenkontakte, geringere Einnahmen und große Unzufriedenheit auf Patientenseite. Hinzu kommt der Druck im Team: Wer dauerhaft überlastet ist, verliert nicht nur die Motivation, sondern schaut sich irgendwann auch nach einem anderen Arbeitsplatz um. Die Suche nach neuem medizinischen Fachpersonal kostet Zeit, Nerven und nicht selten viel Geld – und verläuft häufig ohne den gewünschten Erfolg.

Betriebliche Altersversorgung als Mittel zur Mitarbeiterbindung

Der Markt für medizinische Fachkräfte ist nahezu leergefegt. Was tun in dieser Situation?

Gerade in dieser angespannten Situation entscheidet die Attraktivität des Arbeitgebers darüber, ob das Team langfristig an die Praxis gebunden werden kann. Neben einer fairen Vergütung gewinnt dabei ein Instrument an Bedeutung, das bislang in vielen Praxen noch unterschätzt wird: die betriebliche Altersversorgung (bAV).

Arbeitgeber können dabei wählen, ob sie eine rein arbeitgeberfinanzierte bAV an-



bieten, oder ob die Mitarbeitenden an der Beitragszahlung beteiligt werden sollen. Der Vorteil in beiden Fällen: Die Arbeitgeber führen die Beiträge direkt vom Bruttolohn ab und entrichten somit auf die Beiträge keine Sozialabgaben oder Steuern und sparen so Lohnnebenkosten. Zusätzlich können sie die Beiträge als Betriebsausgaben steuerlich geltend machen.

Vorteile für Ärztinnen und Ärzte als Arbeitgebende

Die Vorteile der betrieblichen Altersversorgung liegen auf der Hand: Neben der Einsparung bei den Sozialversicherungsbeiträgen lassen sich mit ihr vor allem die Reputation der Praxis und die Attraktivität als Arbeitgeber enorm steigern. Das kann ausschlaggebend werden, wenn die Suche nach medizinischem Fachpersonal läuft und zusätzliche finanzielle Anreize wie eine betriebliche Altersversorgung die Bewerber überzeugen, die Stelle anzutreten. Zudem zeigt es das ehrliche Interesse seitens des Arbeitgebers an der Bindung der Mitarbeitenden und an deren Wohlergehen – auch später im Alter.

Alles, was Sie als Arbeitgeber zur betrieblichen Altersversorgung (bAV) wissen sollten und warum eine bAV sowohl für Arbeitgeber als auch für Angestellte eine gute Wahl ist, und was rechtlich beachtet werden sollte, finden Sie auf der Ratgeberseite www.bav-arztpraxis.de

Oder hören Sie jetzt rein in den neuen Podcast der Deutschen Ärzte Finanz „Moneycillin – der Finanzpodcast für Heilberufler“. Folge 2 zur Betrieblichen Altersversorgung (bAV) jetzt in der Medika-

Möchten Sie Ihr medizinisches Fachpersonal absichern und haben Fragen zur betrieblichen Altersversorgung? Sprechen Sie mit Ihrer Beraterin oder Ihrem Berater der Deutschen Ärzte Finanz und lassen Sie sich ausführlich beraten. Sie erreichen uns über die E-Mail aerzte-finanz.de oder unter der Telefonnummer 0221 – 148 32323.



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

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

Ob Kultur-, Golf-, Rad- oder Wanderurlaub, in den aktuell 65 privat geführten Hotels mit viel familiärem Flair spürt man das Lebensgefühl der Region und erlebt Gastfreundschaft, die von Herzen kommt. Gelegen in den schönsten Gegenden



Deutschlands haben Sie die Möglichkeit zu entspannen oder aktiv werden. Die herrlichsten Golfplätze liegen direkt vor der Haustür und für Golfreunde gibt es attraktive Angebote mit Greenfee-Ermäßigung. Aber auch diejenigen, die lieber auf zwei Rädern unterwegs sind oder im Oldtimer cruisen, sind bei Ringhotels gern gesehene Gäste. Und: Ihre Gastgeber haben immer gute Insider-Tipps auf Lager.

Ringhotels schafft für Sie die perfekte Verbindung von reisen und mit allen Sinnen genießen. Entspannen Sie nach einem ereignisreichen Tag mit vielfältigen Wellness-Angeboten, schalten Sie ab und lassen Sie sich mit ausgezeichneter, regionaltypischer Küche und einem guten Tropfen verwöhnen.

Doch nicht nur für Ihren nächsten Urlaub sind die Ringhotels eine gute Wahl. Ringhotels bietet auch für Ihre Tagung oder Veranstaltung den optimalen Rahmen. Die erfahrenen Event- und Tagungsspezialisten

RINGHOTELS
Echt HeimatGenuss erleben

vor Ort kümmern sich kompetent und engagiert um die Organisation Ihrer Veranstaltung und das ideale Rahmenprogramm.

Lassen Sie sich ein maßgeschneidertes Angebot erstellen oder nutzen Sie die persönliche Beratung des Ringhotels Servicebüros. Kontaktieren Sie uns unter sales@ringhotels.de oder 089 45 87 030.

Bei Anfragen übersales@ringhotels.de erhalten Sie bei Buchung mit dem Stichwort „10VerbandRH“ auch auf Tagungen 10 % Preisnachlass.

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



Sonderkonditionen für Hartmannbund-Mitglieder

Mit Tchibo Business in die Kaffeepause – Exklusive Vorteile für Ihre Praxis

Wer morgens Kaffee trinkt, startet häufig energiegeladener in den Tag. Dank einer breiten Kaffeeauswahl von Klassikern bis hin zu Premiumkaffees, einem Fokus auf

nachhaltigen Anbau und fairen Handel sowie der 100%igen Tchibo Qualität, holen Sie sich mit Tchibo die gute Laune direkt an den Arbeitsplatz.



Tchibo BUSINESS

Mit über 75 Jahre Kaffeeerfahrung und mit über 1 Million verkaufter Kaffeemaschinen ist Tchibo der perfekte Partner für Ihre Kaffeepause.

Als Mitglied des Hartmannbunds genießen Sie exklusive Vorteile: Den Profi-Vollautomaten „Tchibo Office“ erhalten Sie für Ihre Praxis für nur 899 € statt regulär 1.249 € brutto.

Die 30-Tage-Geld-zurück-Garantie ermöglicht es Ihnen, die Maschine risikofrei auf Herz und Nieren zu testen und sich selbst zu überzeugen.

Fordern Sie sich Ihren exklusiven Gutscheincode für den Profi-Vollautomaten „Tchibo Office“ einfach formlos hier an: geschaeftskunden@tchibo.de

Weitere online Vorteile finden Sie auf Ihrer Tchibo Vorteilsseite: www.tchibo.de/vorteil-hartmannbund

Clever und einfach Geld sparen mit der BSW-Mitgliedschaft!

BSW – das erfolgreiche Vorteils- und Rabattprogramm seit 65 Jahren



Sie möchten beim Einkaufen sparen, ohne ständig und zeitraubend Preise vergleichen oder Angebote durchforsten zu müssen? Dann ist das BSW – Beamten-Selbsthilfswerk aus Bayreuth genau die richtige Adresse für Sie! Genießen Sie exklusive Preisvorteile beim Einkauf in bundesweit 20.000 Geschäften vor Ort und über 1.100 Onlineshops und sparen Sie bares Geld. Ob Alltag, Urlaub oder große Anschaffungen – über BSW bekommen Sie dauerhaft und zuverlässig Cashback.

Ihre Vorteile bei BSW auf einen Blick:

✓ Geld statt Punkte:

BSW arbeitet nicht mit Bonuspunkten. Stattdessen erhalten Sie auf Ihre Einkäufe bares Geld zurück auf Ihr Girokonto. Ihre Ersparnisse haben Sie immer im Blick – übersichtlich und nachvollziehbar.

✓ Reisen mit vielen BSW-Vorteilen

Gönnen Sie sich Erholung vom Berufsalltag: Das BSW-Reisebüro hat die besten Angebote für Sie. BSW-Mitglieder schätzen die kompetente und persönliche Beratung für den nächsten Urlaub und profitieren von attraktiven Preisvorteilen. BSW arbeitet zusätzlich mit zahlreichen anderen Reiseanbietern/-veranstaltern zusammen.

✓ Auto & Mobilität:

Neuwagen konfigurieren, Reifen kaufen, Tanken, Reparaturen oder ein Mietwagen fürs Wochenende? Mit BSW sparen Sie auch rund ums Auto – ganz unkompliziert.

✓ Gutscheine renommierter Geschäfte

Im BSW-Gutscheinshop können Sie Einkaufs-/Geschenkgutscheine, z. B. von IKEA, ROSSMANN oder OBI mit BSW-Vorteil kaufen.

✓ Gemeinsam mehr sparen:

Ihre Familienmitglieder dürfen BSW kostenfrei nutzen. So profitieren Sie gemeinsam von den Vorteilen – mit den kostenlosen BSW-Zusatzkarten.

✓ Unser Begrüßungs-Geschenk für Sie

Für Ihren ersten Einkauf mit der BSW-Karte vor Ort und im Internet erhalten Sie jeweils 5 € Gutschrift auf dem BSW-Mitgliedskonto.

Damit Sie keine Angebote verpassen, gibt es die BSW-Sparhelfer. Mit diesen Tools bleiben Sie immer auf dem neuesten Stand – und das Sparen wird noch einfacher:

- Newsletter – regelmäßig über neue Vorteile informiert
- BSW-App – alle Sparmöglichkeiten direkt auf dem Smartphone

- Bonusmelder – damit Ihnen beim Online-shopping keine BSW-Vorteile entgehen.

Persönlich und keine KI:

BSW legt nicht nur Wert auf starke Angebote, sondern auch auf einen zuverlässigen Service. Der BSW-Mitgliederservice steht Ihnen für alle Fragen rund um das Sparen mit BSW gerne zur Verfügung – persönlich, freundlich und kompetent.

Exklusiv für Hartmannbund-Mitglieder: Als Mitglied des Hartmannbundes können Sie die BSW-Mitgliedschaft jetzt zu exklusiven Sonderkonditionen abschließen: Testen Sie die BSW-Leistungen 3 Monate kostenlos und bleiben Sie danach für nur 33 € Mitgliedsbeitrag im Jahr (anstelle von regulär 36,90 €) dabei.

Jetzt informieren & BSW-Mitgliedschaft abschließen:

www.hartmannbund.de/bsw
Tel. 0800 / 279 25 82 (gebührenfrei)
Mo. – Fr. von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr



Generationswechsel in Hausarztpraxen:

Worauf junge Ärztinnen und Ärzte Wert legen

Der Generationswechsel in der hausärztlichen Versorgung ist längst Realität. Immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte treten in Praxen ein, sei es als Angestellte, in Weiterbildung oder mit Blick auf eine spätere Übernahme. Dabei bringen sie neue Vorstellungen mit, die den Praxisalltag nachhaltig verändern.

Ein zentrales Thema sind Arbeitszeitmodelle und Work-Life-Balance. Viele Nachwuchsmediziner:innen wollen nicht mehr 40 oder mehr Stunden pro Woche leisten, sondern Zeit für Familie, Freizeit und persönliche Entwicklung einplanen. Teilzeitmodelle, Jobsharing oder flexible Dienstpläne sind daher besonders gefragt. „Wir beobachten deutlich, dass junge Mitarbeitende ihr Berufsleben stärker in Einklang mit privaten Prioritäten bringen möchten“, erklärt Kevin Siya, Teamleiter beim Deutschen Hausarzt Service.

Auch die Praxisorganisation spielt eine große Rolle. Gemeinschaftspraxen und MVZs werden bevorzugt, da sie Teamarbeit ermöglichen und Verantwortung teilen. Moderne Software, digitale Dokumentation und Tele-

medizin gelten als Standard. „Junge Ärztinnen und Ärzte wünschen sich klar strukturierte Prozesse und digitale Unterstützung, wer hier investiert, punktet doppelt: beim Team und bei den Patient:innen“, so Siya.

Darüber hinaus wird Wertschätzung großgeschrieben. Flache Hierarchien, kollegiale Zusammenarbeit und regelmäßige Teambesprechungen sind entscheidend. Viele möchten zudem aktiv in medizinische und organisatorische Entscheidungen eingebunden werden. Neben Struktur und Atmosphäre zählt die medizinische Freiheit. Junge Hausärzt:innen wollen sich nicht auf reine „Fließbandmedizin“ reduzieren lassen, sondern setzen auf ganzheitliche Versorgung. Prävention, psychosoziale Betreuung und interdisziplinäre Zusammenarbeit gewinnen an Bedeutung. Ein weiterer Faktor ist die Standortwahl. Attraktive Wohn- und Freizeitmöglichkeiten, gute Infrastruktur und die Chance, in die lokale Gemeinschaft eingebunden zu sein, sind ausschlaggebend für die Entscheidung.

○ ○ Deutscher
● ○ Hausarzt Service

Nicht zuletzt geht es um Zukunftsperspektiven: Die Aussicht auf eine spätere Praxisübernahme, Fortbildungen und Mentoring durch erfahrene Kolleg:innen geben Sicherheit und eröffnen Entwicklungschancen. „Der Generationswechsel ist keine Bedrohung, sondern eine große Chance“, betont Siya. „Wer junge Ärztinnen und Ärzte nicht nur als Nachfolger:innen, sondern als Mitgestalter:innen versteht, kann eine moderne, attraktive und zukunftsfähige Praxis führen.“ Damit dies gelingt, braucht es auch die passenden Mitarbeitenden. Hier unterstützt der Deutsche Hausarzt Service, indem er Praxen und Bewerber:innen zusammenbringt und so den Weg in eine stabile Zukunft erleichtert.

Kevin Siya
Teamleiter des
Deutschen Haus-
arzt Service



BFH-Urteil stärkt Gemeinschaftspraxen

Freiberuflich trotz Managementaufgaben

Viele Ärzte arbeiten in Gemeinschaftspraxen, doch nicht jeder steht dabei täglich im Behandlungszimmer und hat direkten Patientenkontakt. Zu viele administrative Aufgaben sind neben der rein ärztlichen Tätigkeit zu erledigen und binden personelle Ressourcen sowie Zeit. Doch wie viel Organisation ist erlaubt, ohne dass die Freiberuflichkeit in Gefahr gerät? Der Bundesfinanzhof (BFH) hat hierzu ein für Ärzte positives Urteil gefällt.

Grundsätzlich erzielen (Zahn-)Ärzte Einkünfte aus selbständiger Arbeit, sind nicht bilanzierungspflichtig und unterliegen auch nicht der Gewerbesteuer, vorausgesetzt, sie sind leitend und eigenverantwortlich tätig und üben keine gewerbliche Tätigkeit aus. In Gemeinschaftspraxen gilt das für jeden einzelnen Gesellschafter. Dabei muss nicht jeder täglich behandeln, aber jeder muss in der Praxisführung aktiv mitwirken und Verantwortung übernehmen.

Kritisch wird es, wenn ein Gesellschafter überwiegend kaufmännisch tätig ist. Denn dann übt er eine gewerbliche Tätigkeit aus, die auf die ganze Praxis abfärben kann. In diesem Fall unterliegen dann grundsätzlich sämtliche Einkünfte der Gemeinschaftspraxis der Gewerbesteuer.

Für Überraschung sorgte hier nun ein Urteil des BFH. Er entschied: Auch wer kaum noch Patienten behandelt, kann freiberuflich tätig bleiben, sofern er als Mitunternehmer aktiv an der Organisation und Führung der Praxis beteiligt ist. Denn diese Tätigkeiten zählen nach Ansicht der Richter ebenfalls zum Berufsbild eines Arztes, da sie die Grundlage für die Versorgung der Patienten bilden.

Wichtig ist und bleibt jedoch die Ausgestaltung des Gesellschaftsvertrags. Sie sollte die Managementtätigkeit angemessen berücksichtigen. Wird einem Gesellschafter, der vor allem organisatorisch tätig ist,

ein deutlich geringerer Gewinnanteil zugewiesen als den behandelnden Ärzten, kann dies ein Hinweis auf fehlende Mitunternehmerinitiative sein und damit die Freiberuflichkeit gefährden.

Autor:
Christian Johannes,
Steuerberater im
ETL ADVISION-
Verbund aus
Köln, speziali-
siert auf Steu-
erberatung im
Gesundheitswesen



Kontakt:
ETL ADVISA GmbH
Steuerberatungsgesellschaft
Kaiser-Wilhelm-Ring 3-5, 50672 Köln
advisa-koeln@etl.de
www.advisa-koeln.de
Tel: (0221) 94101980

ETL | ADVISION

Steuerberatung im Gesundheitswesen

Gesundheitsabsicherung klären!

STUDIUM GESCHAFFT: ENDLICH AB IN DEN JOB...

Der Übergang vom Medizinstudium in die praktische Ärztekariere ist eine spannende Zeit. Doch bevor Sie sich um die Gesundheit anderer kümmern, sollte zunächst ihre eigene Gesundheitsabsicherung im Fokus stehen.

Denn: Mit Ihrem Berufsstart ändert sich auch Ihr Krankenversicherungsstatus. Innerhalb der ersten ein bis zwei Jahren sind Ärzt:innen in der Regel versicherungspflichtig. Das bedeutet: Sie werden zunächst Pflichtmitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sobald Ihr Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze im aktuellen und darauffolgenden Jahr überschreitet, haben sie die Möglichkeit, in die private Krankenversicherung zu wechseln.

Sie können oder möchten sich noch nicht für die PKV entscheiden, aber die Möglichkeit für einen Wechsel offenhalten?

Kein Problem! Mit dem Optionstarif VIALife von AXA machen Sie den entscheidenden ersten Schritt in die private Gesundheitsabsicherung und halten sich dabei alle Möglichkeiten offen. Denn dieser flexible Optionstarif sichert Ihren Gesundheitszustand über Jahrzehnte und Sie entscheiden zu einem späteren Zeitpunkt, ob Sie eine private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung abschließen möchten – und das ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Durch die Vielzahl der Optionsmöglichkeiten, die sich an Ihrem beruflichen Werdegang und Lebensereignissen orientiert, bleiben Sie mit VIALife von AXA flexibel.

Gut zu wissen:

Exklusives Angebot für Mitglieder

Der Hartmannbund übernimmt für seine Mitglieder ab Beginn des Praktischen Jahres (Humanmedizin-Studierende) bzw. ab dem 10. Fachsemester (Zahnmedizin-Studierende) für maximal drei Jahre die Beiträge für den Tarif VIALife von AXA!*

Wichtiger Hinweis

Auch die Absicherung eines Verdienstausfalls bei längerer Arbeitsunfähigkeit ist empfehlenswert. Gesetzlich versicherte Angestellte erhalten bei Arbeitsunfähigkeit zwar sechs Wochen lang ihr volles Gehalt, danach reduziert sich dieses jedoch auf das gesetzliche Krankengeld von maximal 90 % des Nettoeinkommens, höchstens



aber 128,63 € pro Tag. Das entspricht einem Krankengeldanspruch von 3.858,90 € brutto im Monat, wovon die Sozialversicherungsbeiträge noch abgezogen werden.

Um die so entstehende Einkommenslücke vollständig abzusichern, ist es ratsam, zusätzlich eine private Krankentagegeldversicherung abzuschließen.

Fazit: Wichtig ist, dass Sie sich rechtzeitig mit dem Thema Gesundheitsabsicherung auseinandersetzen. Dies idealerweise bereits während des Studiums, um bestmöglich abgesichert zu sein, wenn Sie Ihre Approbation erhalten und der Berufsstart ansteht.

Nutzen Sie die Zeit, um sich umfassend zu informieren und die passende Absicherung für Ihre zukünftige medizinische Laufbahn zu treffen. Ein Wechsel in die PKV kann Ihnen eine hochwertige Versorgung sichern.

Neugierig geworden?

Gerne beraten wir Sie persönlich telefonisch, senden Ihnen ausführliche Unterlagen zu oder vermitteln einen persönlichen Kontakt zu Beraterinnen und Beratern der Deutschen Ärzte Finanz vor Ort.

Weiterführende Informationen und wichtige Hinweise für den Berufsstart finden Sie auch in der **Berufsstarter-Broschüre** des Hartmannbundes.



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.



© burak cakmak – fotolia.com

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

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

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt
Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

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

Ausbildung/Medizinstudium

Tel.: 030 206208-25, E-Mail: medizinstudium@hartmannbund.de

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

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

Berufsbezogene Rechtsberatung

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

Berufsbezogene Steuerberatung

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

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

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

Fortbildungen/Seminare

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

GKV-Vertragsrecht

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

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

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

Praxisbewertung und Praxisanalyse

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

Rechtsberatung Krankenhaus

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

Rechtsberatung Niederlassung

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

Sektorübergreifende Versorgung

Petra Meiners
Tel.: 030 206208-31

Regional

Regionalreferat Nord

(Landesverbände Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein)
Eva Burggraf
Tel.: 030 206208-65

Regionalreferat Ost

(Landesverbände Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)
Philipp Hoffmann
Tel.: 030 206208-41

Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)
Jeannette Hristov
Tel.: 030 206208-62

Regionalreferat Süd

(Landesverbände Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Saarland)
Dr. Enno Schwanke
Tel.: 030 206208-56



Kleinanzeigen für Mitglieder kostenlos*

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

Ich möchte meine, seit dem 02.04.2009 bestehende Praxis und den ganzen Praxissitz Psychiatrie und Psychotherapie in Altenkirchen (Westerwald) aus Altersgründen zum 31.12.2025 abgeben. Es handelt sich um eine Einzelpraxis mit 120 qm, 3 sehr hellen Behandlungsräumen, einem großzügigen Empfang, dem Wartezimmer, einem Sozialraum mit voll eingerichteter Küche, Patiententoilette, Personaltoilette mit Dusche, sowie einer Terrasse. Die vorhandenen Räumlichkeiten können samt Ausstattung übernommen werden. In der Stadt Altenkirchen und im Landkreis bin ich der einzige Psychiater mit einer kassenärztlichen Zulassung. Eine Erweiterung der Patientenzahlen wäre jederzeit möglich gewesen. Die Praxis steht ab dem 01.01.2026 zur Verfügung. Altenkirchen als kleine Kreisstadt befindet sich mitten im schönen Westerwald und einem großen Landkreis als Einzugsgebiet. Es ist über Bus und Bahnhof an öffentliche Verkehrsmittel gut angebunden. Zur Praxis gehört ein Parkplatz. Außerdem findet sich auch direkt am Gebäude ein großer öffentlicher Parkplatz. Eine Apotheke befindet sich ein Haus weiter. Die Praxis grenzt direkt an die Fußgängerzone. Zwei freundliche, sehr erfahrene, loyale, motivierte und gut eingearbeitete Medizinische Fachangestellte arbeiten sehr gut mit mir zusammen. Es besteht ein behindertengerechter Zugang mit Aufzug zu der im 1. Stock gelegenen Praxis. Die EDV- Praxissoftware und Telematikinfrastruktur erfüllt alle von der KV gestellten Anforderungen. Als Praxissoftware ist das für Psychiater und Psychotherapeuten entworfene Psyprax sehr preisgünstig und funktional. Bei Interesse bitte Kontaktaufnahme unter: martin.bernd.hugo.ulmer@web.de

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

*Lauterbach, Hessisch Lichtenau, Frankenberg, Schwalmstadt, Fritzlar, Marburg
Sie erwarten eine attraktive Arbeitsumgebung und gute Entfaltungsmöglichkeiten.
Ihre Aufgaben: Sicherstellung der medizinischen Leistungserbringung im Fachgebiet auf dem neuesten Stand; Durchführung des gesamten Spektrums der diagnostischen Radiologie; berufsspezifische Aufgaben der Diagnostik; Dokumentation der jeweiligen Untersuchungen
Hier können Sie sich über uns informieren: www.radiologie.net
Ihre Bewerbung senden Sie bitte an: jobs@radmedics.de

FA Orthopädie für MVZ in Hessisch Lichtenau gesucht

Sie übernehmen zusammen mit Ihren Kollegen Beratung, Diagnostik und Behandlung orthopädischer Patient:innen und versorgen Verletzungen und Krankheiten im breiten Leistungsspektrum der Orthopädie. Wie sind eine Trägergesellschaft von 3 Radiologie-MVZ und ein Orthopädie-MVZ in Nord- und Mittelhessen, zusammengefasst unter einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. Hier können Sie sich informieren: www.orthopaedie-hessen.de

Wegen Praxisauflösung (Dermatologie) Inventar zu verkaufen

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

Sie möchten ein Inserat aufgeben oder auf eine Chiffre-Anzeige antworten? Dann wenden Sie sich bitte an: Hartmannbund, Vilma Schade, Kurfürstenstraße 132, 10785 Berlin, Tel.: 030 206208-11, Fax: 030 206208-14, E-Mail: vilma.schade@hartmannbund.de
* Hartmannbund-Mitglieder können diesen kostenlosen Service bis zu zweimal jährlich nutzen. Zugelassen sind ausschließlich berufliche, nicht gewerbliche Anzeigen.

Facharzt (m/w/d) für Neurologie und/oder Psychiatrie in Brunsbüttel (SH)

zur Festanstellung in moderner, etablierter Praxis gesucht.

Sie möchten sich auf Ihre ärztliche Tätigkeit konzentrieren – ohne administrativen Ballast – und gleichzeitig in einem engagierten, kollegialen Team arbeiten? Dann heißen wir Sie herzlich willkommen im Neurologikum Brunsbüttel! Unsere Praxis ist seit vielen Jahren ein fester Bestandteil der neurologisch-psychiatrischen Versorgung in der Region. Mit einem großen, treuen Patientenstamm und einem hervorragend eingespielten Team bieten wir Ihnen den perfekten Rahmen für eine langfristige und erfüllende Tätigkeit.

Was wir bieten:

- Eine unbefristete Festanstellung in einer gut etablierten, voll ausgelasteten Facharztpraxis
- Attraktive Vergütung mit fairer Work-Life-Balance und flexiblen Arbeitszeitmodellen
- Ein erfahrenes, eingespieltes Praxisteam, das Ihnen den Rücken freihält
- Kein wirtschaftliches Risiko – Sie können sich ganz auf die ärztliche Tätigkeit konzentrieren
- Unterstützung bei der Einarbeitung sowie bei Verwaltungs- und Abrechnungsfragen
- Hilfe bei der Wohnungssuche oder Umzug, falls erforderlich
- Arbeiten, wo andere Urlaub machen – mit Nordseenähe, hoher Lebensqualität und kurzen Wegen ins Grüne
- Möglichkeit zur späteren Praxisübernahme, wenn gewünscht

Ihr Profil:

- Facharztanerkennung in Neurologie und/oder Psychiatrie
 - Teamgeist, Einfühlungsvermögen und Freude am Umgang mit Menschen
 - Interesse an einer langfristigen Zusammenarbeit
- Auch erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte willkommen
„Alte Ärzte – altes Eisen?“
„Facharztmedizin nur in der Großstadt?“
Wir sagen: ganz klar NEIN.
Wir schätzen das Wissen und die Erfahrung eines erfüllten Berufslebens – und möchten bewusst auch Senior Experts ansprechen, die unsere neurologisch-psychiatrische Praxis tage- oder wochenweise unterstützen möchten.
Ob zur kollegialen Entlastung, im Rahmen eines sanften Übergangs in den Ruhestand oder einfach aus Freude an der Medizin: Ihre Expertise ist bei uns herzlich willkommen.
Brunsbüttel liegt in unmittelbarer Nähe zur Nordsee und bietet eine hohe Lebensqualität sowie ein attraktives Umfeld für Familien und Naturliebhaber.
Haben Sie Lust auf eine neue Herausforderung in einer zukunftsicheren Umgebung an der Westküste Schleswig-Holsteins? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung: bewerbung@neurologikum-brunsbuettel.de

Zahnarztpraxis in Roth (Mittelfranken) zum 1.1.2026 abzugeben

Renommierte Zahnarztpraxis in bester Lage in Roth sucht neue Hände und bietet: einen herausragenden Ruf seit 35 Jahren, einen sehr hohen Patientenstamm (>6400), Lage in bester Infrastruktur (Klinik, Schule, KiGa etc.). Die Praxis befindet sich neben einer Hausarztpraxis im 1. OG einer Passage, barrierefrei, ca. 120 m², 3 Behandlungsräume (auf 4 erweiterbar), eigene Parkplätze.
Abgabe der Praxis zu attraktiven Konditionen ab Januar 2026.
Kontakt: Dr. Roland Dreger, E-Mail: rdhr@web.de

FÄ/FA für Dermatologie und idealerweise Phlebologie in Rosenheim gesucht

Zur Anstellung in vollausgestatteter, moderner Praxis. Beste Konditionen. Ihre Bewerbung senden Sie bitte an: bewerbung@hautaerzte-rosenheim.de

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

Tag der Privatmedizin 2025

**Der Ertragsschere ein Schnippchen schlagen:
Privatumsatz gezielt ausbauen**

Die jüngsten Zahlen des Statis-
tischen Bundesamtes zum aktuell
ausgewerteten Zeitraum 2023 bele-
gen eindrücklich: Während sich der
durchschnittliche Praxisumsatz –
wenn überhaupt – nur moderat er-
höht hat, laufen die Kosten in vielen
Praxen davon. Und schmälern so
den verbleibenden Ertrag nachhal-
tig. Was also tun gegen diese Er-
tragsschere?

Privatanteil steigt an

Auch da hilft ein Blick in die Zah-
len von Destatis: Danach sind die
Einnahmen aus Kassenabrechnung
um durchschnittlich 4,9 Prozent von 2022 auf 2023 gesunken. Dagegen sind die Einnahmen
aus privatärztlicher Tätigkeit um 16,6 Prozent gestiegen. Das Resultat: Der Privatanteil ist
von 24,3 auf 28 Prozent gestiegen – ein erheblicher Zuwachs! Und es gibt in vielen Praxen
noch erhebliches Potenzial: Denn während die Dermatologen mit 52,3 Prozent sicher wenig
überraschend wieder Spitzenreiter im Privatumsatzanteil sind, liegen Allgemeinmediziner
mit 12,8 Prozent ziemlich abgeschlagen zurück.

Stellschrauben für die eigene Praxis

Aber wie konkret handeln? Wo sind die Stellschrauben für eine gezielte, zur Praxis pas-
sende Umsatzsteigerung in der Privatbehandlung? Wichtige Potenziale schlummern zum
Beispiel schon in den Prozessen rund um die eigentliche Behandlung: Patienten honorie-
ren den Ausbau von Anamnese, Beratung oder Verordnung, der sich per KI-Einsatz noch
deutlich vereinfachen dürfte. Dazu kommt natürlich die konkrete Erweiterung des Behand-
lungsspektrums wie etwa durch den Erwerb von Tätigkeitsschwerpunkten (z.B. Männerge-
sundheit, Longevity/Well-Aging oder Burn-Out-Beratung inkl. Adressierung solcher Kompe-
tenzen auf dem Praxisschild. Last but not least: Innovationen kommen zuvorderst über die
Privatbehandlung ins System; hier gilt es die zum eigenen Praxisprofil und Patientenklien-
tel passenden Angebote zu finden.



**TAG DER
privatmedizin**

Die passenden Impulse bietet wie jedes Jahr
die handverlesene Innovationsausstellung auf
dem **Tag der Privatmedizin am 22. November**
in Frankfurt/Main. Dieser vom Privatärztlichen Bundesverband PBV herausgegebene
Jahreskongress richtet sein Programm ausdrücklich an den Interessen aller Praxen
aus, die einen höheren bis ausschließlichen Privatbehandlungsanteil anstreben.

Praktische Umsetzung im Fokus

Fazit: Dieser einzigartige Kongresstag bietet jedem Praxisverantwortlichen wertvolle
Ansätze zur gezielten Erweiterung des Privatbehandlungsanteils, die nur darauf war-
ten, in 2026 in der eigenen Praxis umgesetzt zu werden und so die Ertragssituation
grundlegend zu verbessern. **Tickets** gibt es für **Mitglieder des Hart-
mannbundes zum ermäßigten Preis.**

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



DEINE WELT STEHT KOPF?

Wir helfen Dir.



Cooler Netzwerk



Kostenlose Haftpflichtversicherung



Professionelle Beratung



www.hartmannbund.de/studierende



Hartmannbund

STARK FÜR MEDIZINSTUDIERENDE.



Mehr ist
möglich

Investieren Sie Geld – nicht Ihre Zeit.

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

▷ apobank.de/vermoegensverwaltung

 apoBank

Bank der Gesundheit