

04/2025



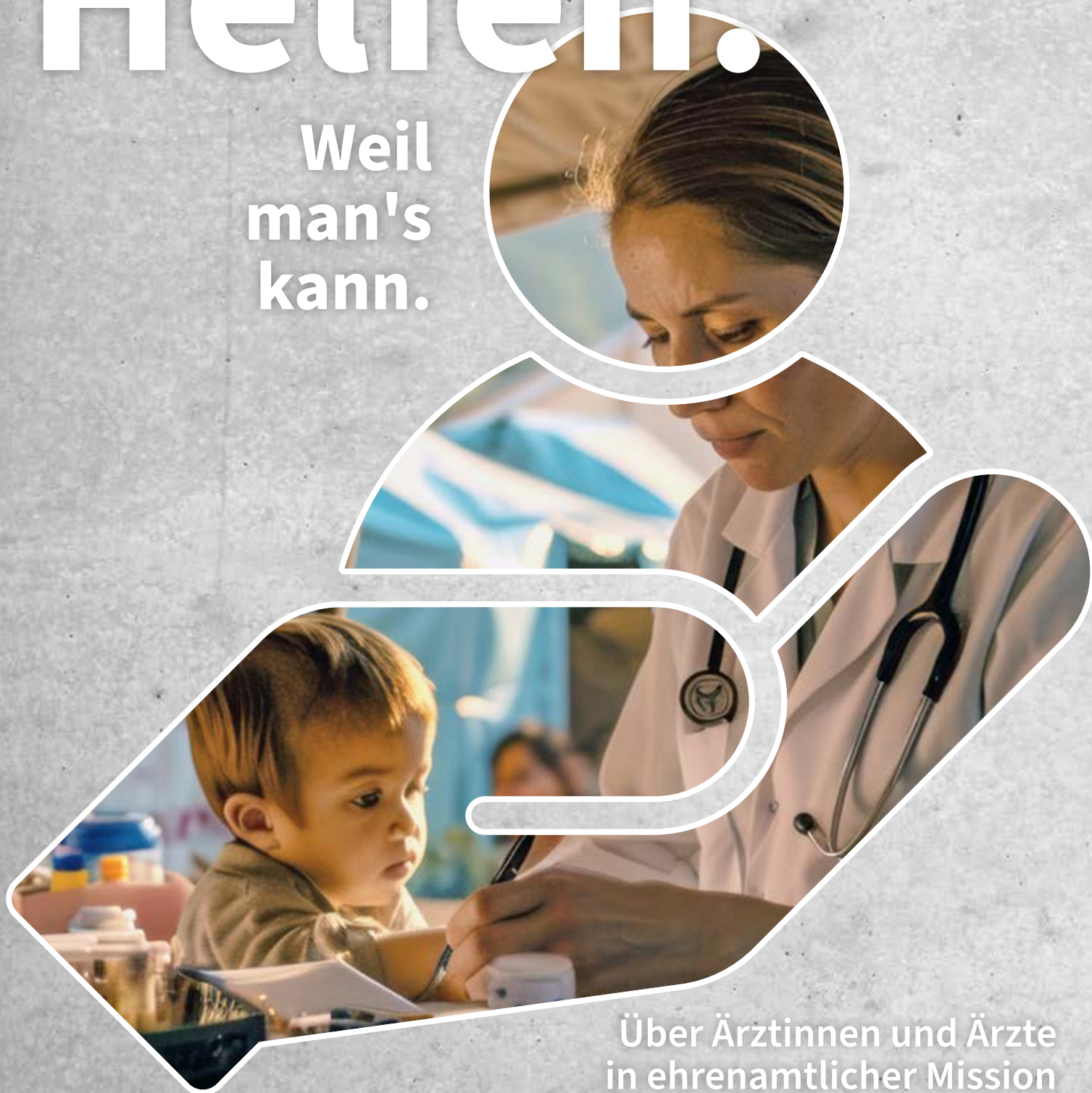
Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin

Helfen.

Weil
man's
kann.



Über Ärztinnen und Ärzte
in ehrenamtlicher Mission

Besondere Vorteile
für Mitglieder im
Hartmannbund!

Wir halten
Ihnen den
Rücken frei!

Die Deutsche Ärzteversicherung steht in jeder
Lebensphase hinter Ihnen – mit maßgeschneiderten
Finanz-, Versicherungs- und Vorsorgelösungen.

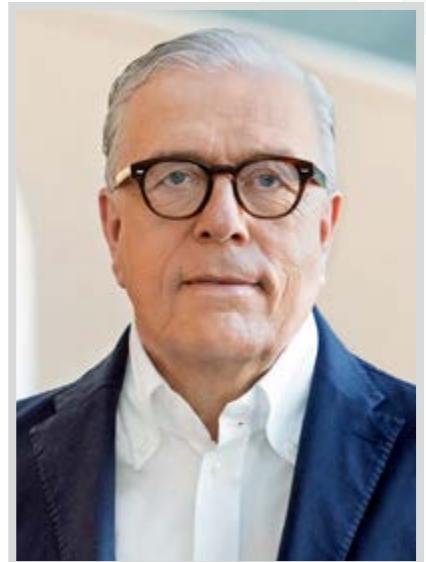
Das gilt auch für die Zeit **nach dem Berufsleben**.
Mit unseren Konzepten zur privaten Altersvorsorge
schaffen Sie die Grundlage für einen **aktiven
und unbeschwerten Ruhestand**.

So können Sie stets entspannt nach
vorn blicken!

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

 **Deutsche
Ärzteversicherung**

Editorial



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

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wir haben kein Erkenntnisproblem. Diese Feststellung zieht sich schon lange wie ein roter Faden (auch) durch die gesundheitspolitische Debatte. Das war auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes nicht anders. Fachkräftemangel, demografische Entwicklung, begrenzte finanzielle Ressourcen, Mangel an Effizienz, Rückstände bei der Digitalisierung, überbordende Bürokratie. So aktuell diese Probleme auch sind, so wirken sie inzwischen gleichzeitig wie ein Blick in die Mottenkiste. Ja, Ansätze, die Dinge in Angriff zu nehmen, gibt es regelmäßig. Trotzdem treten wir – nicht nur gefühlt – viel zu oft immer auf der Stelle.

Dabei scheitern Reformen nicht nur an der mangelnden Einbindung von Expertinnen und Experten aus der Praxis, an politischen Auseinandersetzungen oder Beharrungskräften von sogenannten Betroffenen im System. Sie scheitern auch an der Diskussion über das Zumutbare. Aktuell debattieren wir über ein Primärarztsystem. Neben der Frage, welches Modell effizient und wirklich praktikabel ist, wird ausgiebig darum gerungen, was Patientinnen und Patienten zugemutet werden kann. Wie weit dürfen bestimmte Regelungen ihre Freiheit einschränken oder Gewohnheiten in Frage stellen. Das Gleiche gilt bei der Notfallreform. Der Druck ist groß, hier etwas zu ändern. Aber auch das wird nicht gehen, ohne Patientinnen und Patienten etwas „zuzumuten“. Erst recht, wenn es um die Frage von Selbstbeteiligung oder gar Sanktionen geht, beispielsweise dann, wenn man vereinbarte Behandlungspfade verlässt.

Damit wir uns nicht falsch verstehen, und auch das muss eigentlich nicht ausdrücklich betont werden: Die bestmögliche Versorgung für jeden betroffenen Patienten, am richtigen Platz zur richtigen Zeit, muss neben den bereits thematisierten Faktoren ein wesentlicher Maßstab jeglicher Reformen sein. Aber in der Debatte um (sogenannte) Zumutungen, um Eigenverantwortung, Eigenbeteiligung, Prävention und die Grenzen der Belastbarkeit des Gesundheitssystems braucht es bisweilen mehr Mut und Ehrlichkeit. Und es braucht eine Debattenkultur, die eine sachgerechte und würdevolle Auseinandersetzung um den besten Weg auch zulässt. Nur dies eröffnet die Chance auf einen gesellschaftlichen Konsens, ohne den es auch an dieser Stelle nicht gehen wird.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, wie gut es uns allen – jenseits aller berechtigten Kritik – in unserem Gesundheitssystem noch immer geht, das zeigt ein Blick in unsere Titelgeschichte über das ehrenamtliche Engagement von Kolleginnen und Kollegen dort, wo man sich sicherlich manches Mal unsere Probleme wünscht.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und Ihren Familien ein frohes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch in ein hoffentlich gesundes und friedlicheres Jahr 2026.

Mit freundlichen Grüßen,

Klaus Reinhardt

Dr. Klaus Reinhardt



Hartmannbund-Stiftung
Ärzte helfen Ärzten



Wenn Ärztinnen und Ärzte Hilfe benötigen. Wir sind da.

Die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ unterstützt in Not geratene Kolleginnen und Kollegen:

- Hilfe für Arztkinder
- Hilfe zur Wiedereingliederung
- Hilfe in akuten Notsituationen



**Bitte unterstützen Sie die Arbeit der Stiftung –
Jede Spende hilft und schenkt Hoffnung.**

www.hartmannbund.de

Details zur
Spende finden
Sie hier:



Inhalt



Helfen. Weil man's kann.

Zum ärztlichen Selbstverständnis gehört in vielen Fällen nicht nur der (all)tägliche berufliche Einsatz für Patientinnen und Patienten. Viele Ärztinnen und Ärzte fühlen sich neben ihrer „eigentlichen“ Arbeit – nach dem Motto „Helfen. Weil man's kann“ – auch verpflichtet oder berufen, ihr Wissen und ihre Erfahrung an die Gesellschaft weiterzugeben und ihr erworbenes Können einzusetzen. Sie engagieren sich im Ehrenamt, weil sie für Ideen brennen, in Not helfen, Versorgung neu denken oder die ärztlichen Arbeitsbedingungen verbessern wollen.

6

28

**Verband diskutiert Zukunft
der Versorgung**
Hauptversammlung des
Hartmannbundes



30

**2026 als Jahr
grundlegender Reformen?**
Rückblick und Ausblick



32

Mehr Effizienz in allen Bereichen
Der Angang zu grundlegenden
Reformen in der GKV



33

**Aufrüttelnde WHO-Studie mit sieben
Handlungsempfehlungen**
Psychische Gesundheit von
Beschäftigten im Gesundheitswesen

34

**Ein neues Gesetz erlaubt der Pflege
mehr Eigenständigkeit**
Entlastung in Aussicht



36

**Den „Hürdenlauf“ ausländischer
Ärzt:innen beenden**
Beschleunigung der Anerkennung von
Berufsqualifikationen

37

**ePA-Erfolg hängt von kontinuierlichen
Verbesserungen ab**
An die Bedürfnisse der Praxen anpassen

38

**Forschungsdatenzentrum nimmt nach
sechs Jahren seine Arbeit auf**
Gesundheitsdaten zu allgemeinwohl-
orientierten Forschungszwecken

39

**Lehren aus der Pandemie: Verbesserte
internationale Koordination**
Update für die Gesundheitsvorschriften

40

**Next Generation: Unsere neuen
Stipendiaten**
Die Zukunft im Blick

42 Service Kooperationspartner

48 Ansprechpartner

49 Kleinanzeigen

50 Impressum

Helfen.

Weil man's kann.

Warum sich Ärztinnen und Ärzte ehrenamtlich engagieren

Zum ärztlichen Selbstverständnis gehört in vielen Fällen nicht nur der (all) tägliche berufliche Einsatz für Patientinnen und Patienten. Viele Ärztinnen und Ärzte fühlen sich neben ihrer „eigentlichen“ Arbeit – nach dem Motto „Helfen. Weil man's kann.“ – auch verpflichtet oder berufen, ihr Wissen und ihre Erfahrung an die Gesellschaft weiterzugeben und ihr erworbenes Können einzusetzen. Sie engagieren sich im Ehrenamt, weil sie für Ideen brennen, in Not helfen, Versorgung neu denken oder die ärztlichen Arbeitsbedingungen verbessern wollen.

Ohne Ehrenamt geht es in vielen Bereichen schon lange nicht mehr. Das gilt auch fürs Gesundheitswesen. Denn nicht nur die ärztliche Selbstverwaltung lebt davon, dass Mediziner:innen sich neben ihrem Beruf in der Freizeit freiwillig und unbezahlt in den Landesärztekammern oder Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer einbringen. Ihre ehrenamtliche Mitarbeit in den zahllosen Gremien trägt entscheidend dazu bei, die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung mitzugestalten oder die Arbeitsbedingungen in Praxen und Kliniken zu verbessern. Darüber hinaus können sich Ärzt:innen für ihre Belange oder auch für die Interessen ihrer Patientinnen und Patienten in Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Organisationen berufspolitisch engagieren.



Auch gegenüber der Gesellschaft fühlen sich viele dazu verpflichtet, ihr medizinisches Wissen und ihre Fähigkeiten im Ehrenamt weiterzugeben. Oft, um Gesundheitskompetenz und Gesundheitsversorgung sowohl auf individueller als auch gesamtgesellschaftlicher Ebene zu verbessern. Das Spektrum, in welcher Weise das geschehen kann, ist groß. Je nach Interessen, Fähigkeiten und zeitlichen Kapazitäten bestehen für Ärzt:innen zahlreiche Möglichkeiten fürs Ehrenamt: von der Aufklärung und Prävention in Schulen über die medizinische Hilfe für schutzbedürftige Personen Personen bis hin zu Einsätzen im Katastrophenschutz und in Krisengebieten. Aktuell spielt auch der Klimaschutz im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Vereine wie die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) oder KlimaDocs wollen darauf aufmerksam machen, dass der Klimawandel die größte Gesundheitsbedrohung des 21. Jahrhunderts ist und suchen nach Wegen, dem aktiv und vorbeugend zu begegnen.

Mitte November 2025 wurden die Ergebnisse des 6. Deutschen Freiwilligensurveys zur Lage von Engagement und Ehrenamt veröffentlicht. Seit 1999 wird im Fünf-Jahres-Turnus die größte Datenerhebung zum Thema mit mehr als 27.000 Befragten ausgewertet, um einen Überblick zu den Entwicklungen im Ehrenamt zu liefern.

Wichtige Ergebnisse lauteten unter anderem: 2024 engagierten sich 36,7 Prozent der Bevölkerung ab 14 Jahren freiwillig. Das entspricht etwa 26,97 Millionen Menschen. Das freiwillige Engagement befindet sich laut Bericht somit weiterhin auf einem hohen Niveau, ist aber im Vergleich zu 2019 leicht, um drei Prozent, zurückgegangen. Die Ursache dafür wird überwiegend darin gesehen, dass weniger Personen mit hohem Bildungsniveau – in dieser Gruppe ist der Anteil derer, die sich engagieren am größten – ein Ehrenamt ergreifen oder fortführen.

Gleichzeitig bringen aber Ehrenamtliche mehr Zeit – und das auch häufiger – für ihre freiwillige Tätigkeit auf. Wie schon 2019 waren Frauen und Männer auch 2024 zahlenmäßig auf Augenhöhe im Ehrenamt vertreten. Bei Frauen gaben 36,4 Prozent der Befragten an, sich freiwillig zu engagieren, bei Männern waren es 37,0 Prozent. Trotzdem übernehmen mit 31 Prozent noch immer mehr Männer dabei eine Leitungs- oder Vorstandsfunktion als Frauen mit 21 Prozent.

Einsatz bei Rettungsdienst und Katastrophenschutz nimmt gegen den Trend zu

Während generell ein leicht abnehmender Trend in der Ausübung von Ehrenämtern zu erkennen ist – unter allen betrachteten Ehrenamtsbereichen ging beispielsweise die Zahl der freiwillig tätigen Personen im Gesundheitsbereich von 2,0 Prozent im Jahr 2019 auf 1,3 Prozent im Jahr 2024 zurück –, stellt sich das in den Bereichen Unfall- und Rettungsdienst, Freiwillige Feuerwehr sowie

Bevölkerungs- und Katastrophenschutz anders dar. Dort wurde ein leichter Anstieg von Ehrenamtlichen von 2,7 Prozent auf 3,1 Prozent ermittelt. Es wird angenommen, dass die Hochwasserkatastrophe im Ahrtal von 2021 dazu beigetragen haben könnte, sich mehr zum Schutz von Menschen engagieren zu wollen. Während bei Freiwilligen im Gesundheitsbereich kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern auszumachen sind – 1,4 Prozent der befragten Frauen und 1,2 Prozent der Männer gaben hier eine Tätigkeit an –, sind der Unfall- und Rettungsdienst, die Freiwillige Feuerwehr sowie der Bevölkerungs- und Katastrophenschutz deutlich männerdominiert. Mit 4,8 Prozent zeigten Männer in diesem Tätigkeitsbereich ein größeres Engagement als Frauen mit 1,5 Prozent (siehe auch Interview auf Seite 20).

Egal, für welches Ehrenamt Ärzt:innen sich entschieden, die Stiftung Gesundheit zeichnet seit 2018 dieses Engagement mit dem Siegel „Dr. Pro Bono“ aus. 15 Kategorien gibt es für ehrenamtliche Tätigkeiten, unter anderem Einsätze in Entwicklungsländern, Hospiz- und Flüchtlingsarbeit oder lokale Sozialprojekte wie in Sportvereinen. Die Idee dahinter: Ärztliches Ehrenamt bleibe oft im Verborgenen. Die Auszeichnung soll es sichtbar machen. Auf der Website sowie sämtlichen Kommunikationskanälen der Stiftung Gesundheit werden die Ärzt:innen und ihre Projekte zudem in ausführlichen Interviews vorgestellt. „Mich beeindruckt, mit welchem Engagement sich Ärzte für das Wohl anderer einsetzen – zusätzlich zu ihrem ohnehin anspruchsvollen Berufsalltag“, sagt Alexandra Köhler, Leiterin der Öffentlichkeitsarbeit der Stiftung Gesundheit. Dadurch wird den ehrenamtlichen Ärzt:innen eine öffentliche Bühne gegeben; „Mitgefühl, Mut und Solidarität bekommen so den Raum, den sie verdienen.“

Bedeutung des Ehrenamtes stärker ins Bewusstsein rücken

Die Stiftung Gesundheit ist Träger des Suchverzeichnisses mit 360 Grad-Blick in die Versorgungslandschaft. Ziel sei es, Patienten werbefrei, schnell und zuverlässig an den richtigen Gesundheitsakteur zu vermitteln. Auf der jeweiligen Profilseite der Ausgezeichneten in der Arzt-Auskunft wird dann das Dr. Pro Bono-Siegel angezeigt. Außerdem wird das Siegel für deren eigene Website zur Verfügung gestellt. Momentan tragen etwa 1.160 Ärzt:innen das Siegel. Noch überwiegt die Zahl der Männer, die der Stiftung Gesundheit ihr Engagement mitteilen. Für das kommende Frühjahr wird erstmals die Veranstaltung „Mediziner mit Herz“ zum Dr. Pro Bono-Projekt geplant, die den ehrenamtlichen Ärzt:innen gewidmet wird. Dadurch soll die Bedeutung freiwilliger medizinischer Hilfe ins öffentliche Bewusstsein rücken, Inspiration schaffen und zugleich Raum für Begegnung und Vernetzung bieten.

Zunächst aber können Sie auf den folgenden Seiten durch unsere Porträtreihe blättern, in der wir Ihnen Ärzt:innen vorstellen, die im Ehrenamt tätig sind. Genauso vielfältig wie die Projekte, für die sie sich einsetzen, sind auch die Gründe, warum sie sich dafür entschieden haben und trotz der zusätzlichen Zeit und Energie, die sie in ihrer Freizeit aufwenden, dranbleiben und viel aus diesem Engagement ziehen.

Von Lesbos bis in den Gazastreifen

„Medizin beschränkt sich nicht auf eine Nation. Solange ich draußen in der Welt bei Krisen helfen kann, möchte ich das auch tun“

Es ist ein ruhiger Start in den Tag für Dr. Amar Mardini. Anfang November hat sich der 36-Jährige morgens Zeit genommen für ein Gespräch, noch bevor er mit seiner Arbeit beginnt. An dem Tag hat er Aufgaben als medizinischer Koordinator zu erledigen. Schreibtischarbeit. Er muss sich auch erst einmal einen Überblick über die aktuelle Situation vor Ort verschaffen – erst seit zwei Tagen ist er zu diesem Zeitpunkt wieder in Gaza. Dieses Mal führt ihn sein Einsatz nach Deir al-Balah, einer Stadt im Zentrum des Gazastreifens, wo er als Arzt den Betrieb eines Feldkrankenhauses unterstützt. Er hilft dabei, Schritt für Schritt die medizinische Versorgung in einem völlig zerstörten Gesundheitssystem wiederaufzubauen.

Eigentlich arbeitet Mardini an der Universitätsmedizin Rostock, macht dort seinen Facharzt für Infektiologie und Tropenmedizin. Seit 2021 verfolgt er aber nicht nur seine medizinische Karriere, sondern engagiert sich zusätzlich ehrenamtlich in der humanitären Hilfe. Der Auslöser war die untragbare Situation von Geflüchteten im griechischen Moria, über die damals medial viel berichtet wurde. „Ich wollte helfen. Und es mit eigenen Augen sehen“, beschreibt Amar Mardini seine Motivation. Sein erster Auslandseinsatz ist dann im Flüchtlingslager Kara Tepe auf Lesbos. 2022 hilft er nach dem Kriegsausbruch in der Ukraine und kümmert sich um Binnenflüchtlinge. Ein Jahr später ist er in Nordfrankreich, bei Calais und Dunkerque, hat in seiner Arbeit mit Geflüchteten an der europäischen Außengrenze zu tun. Seit 2024 nun ist er in Gaza für die Hilfsorganisation Cadus in der humanitären Nothilfe im Einsatz. Für sechs bis sieben Wochen arbeitet der Arzt dort, legt dann eine vier bis zehn Wochen dauernde Pause ein, in der er wieder seine Arbeit in Rostock aufnimmt. Und fährt dann wieder zurück in den Gazastreifen. Rund sechs Monate hat Mardini im vergangenen Jahr insgesamt im Gazastreifen verbracht.

Schwerpunkte seiner ärztlichen Tätigkeit sind momentan die Unterstützung in der Notaufnahme des Feldkrankenhauses und die Evakuierung von Patient:innen. Das bedeutet, dass diese entweder innerhalb des Gazastreifens von einem Feldkrankenhaus zum anderen transportiert werden oder aber, dass sie an die Grenze von Gaza gebracht werden, von wo aus sie für die weitere medizinische Versorgung in andere Länder wie die Vereinigten Arabischen Emirate, Jordanien, die Europäische Union oder das Vereinigte Königreich weiterreisen. Im Vergleich zu der Zeit vor dem Waffenstillstand schätzt Amar Mardini diese Evakuierungstransporte momentan als anspruchsvoller ein. Denn ohne die Gefahr, mit dem Krankentransport in aktive Kampfhandlungen zu geraten



Foto: Universitätsmedizin Rostock

und dadurch Zwangspausen einlegen zu müssen, können nun auch schwerkranke Patient:innen transportiert werden. „Evakuierung hieß vor vier Wochen noch, man durchquert zwei aktive Kampfzonen. Das bedeutet, dass man für eine Strecke von zehn, zwölf Kilometern einen halben Tag brauchte“, beschreibt Mardini die Situation. Krankentransporte wurden nur im Konvoi mit der UN durchgeführt, immer wieder kam es zu Zwischenhalten. Im Fall von Kampfhandlungen musste erst auf Genehmigungen zur Weiterfahrt gewartet werden. „Intensivpatienten oder schwer kranke Patienten konnte man damals so nicht transportieren, weil für sie im Krankenwagen nicht ausreichend Sauerstoff verfügbar gewesen wäre oder die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung

stark eingeschränkt waren“, so Mardini. Mittlerweile beschränkten sich die Kämpfe auf die Bereiche um die sogenannte gelbe Linie, in die sich die israelischen Truppen zurückgezogen haben und die Gaza in zwei Bereiche teilt. Im Westen befindet sich das Gebiet der Hamas, im Osten kontrolliert Israel den Gazastreifen. Obwohl eigentlich Waffenstillstand herrscht, höre man in der Nähe der gelben Linie noch immer Bomben explodieren. „Auch in der letzten Nacht habe ich welche gehört“, sagt Mardini.

Im übrigen Gazastreifen sei es dagegen ruhig, die Situation für die Menschen habe sich stabilisiert. Das zeigt sich auch in der Notaufnahme des Feldkrankenhauses. Dort werden nun statt Verletzungen durch Bombeneinschläge oder Schusswechsel vermehrt „normale“ Traumapatient:innen versorgt. Es kommt zu vielen Verkehrsunfällen, weil zum Beispiel Kinder auf der Straße spielen und angefahren werden. Auch chronisch kranke Patient:innen suchen zunehmend die Notaufnahme auf. Das liegt am immer noch herrschenden Ressourcenmangel. „Es ist immer noch so, dass zu wenig Hilfstransporte in den Gazastreifen kommen. Die medizinische

Infrastruktur ist noch weit davon entfernt, sich zu erholen“, sagt Mardini. Das macht das Leben im Gazastreifen schwer. Es sind kaum Medikamente verfügbar. Das hat gesundheitliche Folgen: Die Ärzt:innen sehen deshalb vermehrt Schlaganfälle, Herzinfarkte, diabetisches Koma. Aber auch im Feldkrankenhaus selbst fehlen Medikamente. Die Auswahl an Arzneimitteln für die gesamte Versorgung – von der primären Gesundheitsversorgung bis zur Notfallmedizin – passe laut Mardini auf vier Din-A4-Seiten. Das ist nicht viel – nicht für eine Basisversorgung, vor allem aber nicht für eine spezialisierte Medizin. „Gestern hatte ich einen Patienten mit Herzinfarkt. Es gibt kein funktionierendes Katheterlabor mehr in Gaza. Das heißt, wir sind wieder an dem Punkt angekommen, wo wir Patient:innen in so einem medizinischen Notfall nur noch überwachen können. Das war vor dem Krieg nicht so.“

Medizinisches Material kann von Hilfsorganisationen kaum selbst besorgt werden. Einzig die Weltgesundheitsorganisation ist in der Lage, das zu organisieren. Das macht auch Infektionen zu einem Problem. „Wir haben hohe Raten an übertragbaren infektiö-

sen Krankheiten, aber auch Wundinfekte“, sagt Mardini. Er erinnert sich noch ans vergangene Jahr, als Ärzt:innen ohne sterile Kittel im OP stehen mussten, weil es an Material fehlte. In diesem Jahr beeinflusste dann Unterernährung das Auftreten von Wundinfektionen – weil durch Mangelernährung die Immunantwort deutlich reduziert werde. Das führte sogar dazu, dass teilweise Operationen von Patient:innen abgelehnt wurden, weil ohne angemessene Wundversorgung die Heilungschancen als zu gering eingeschätzt wurden. Zwar gibt es auch im Gazastreifen Antibiotika, doch werden nur die geringstmöglichen Dosen

verwendet, um Medikamente zu sparen. Zudem werde blind behandelt, weil Blutkulturen nicht abgenommen werden können. All das habe eine langfristige Auswirkung auf das Infektionsgeschehen.

Die ehrenamtliche Tätigkeit von Amar Mardini wird bestimmt durch medizinische Herausforderungen. In Flüchtlingslagern oder Kriegsgebieten sind die Ressourcen stark begrenzt, was die medizinische Versorgung erschwert. Mardini sieht darin aber auch einen Antrieb, seine Fähigkeiten als Arzt auszubauen, um Patient:innen auch mit einer Medizin ohne großes Hightech gut

„Die Auswahl an Arzneimitteln für die gesamte Versorgung – von der primären Gesundheitsversorgung bis zur Notfallmedizin – passt auf vier DIN A4-Seiten. Das ist nicht viel – nicht für eine Basisversorgung, vor allem aber nicht für eine spezialisierte Medizin“

medizin

Fachmesse für die ärztliche Praxis

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

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

Wir freuen uns auf Sie!

www.medizin-stuttgart.de

#medizin

30. Januar – 1. Februar 2026 / Messe Stuttgart

Anzeige

Mitten im Markt Messe Stuttgart



BEZIRKSARZTEKAMMER
NORDWÜRTTEMBERG
Ideeller Träger und Kongressveranstalter



© Visual_Kunzow

zu versorgen. Das prägt ihn auch als Arzt. „Ich war immer an einer Uniklinik tätig und habe Spitzenmedizin gemacht. Als ich das erste Mal im Flüchtlingslager auf Lesbos stand, ganz ohne Labor und Röntgen, hat mich das schockiert“, sagt er. Er beobachtete beeindruckt, wie erfahrene Ärzt:innen aus England das routiniert erledigten. „Wir haben, um ehrlich zu sein, durch unsere spezialisierte Medizin fast die einfachen Sachen verlernt: Ein Stethoskop zu benutzen, Patienten klinisch einschätzen zu müssen.“ Das ist etwas, was er sich auch im klinischen Alltag in Deutschland immer wieder in Erinnerung ruft.

Trotz aller Einschränkungen durch fehlende Infrastruktur und Ressourcenmangel ist der berufliche Alltag im Gazastreifen inzwischen geregelter als noch zu Kriegszeiten. Amar Mardini arbeitet von 8 Uhr morgens bis 15 Uhr im Feldkrankenhaus. Das war in der Zeit der Luftangriffe undenkbar. Sein Arbeitspensum wird trotz gewisser Routinen allerdings nicht geringer. Eher im Gegenteil. Denn nun könne man nach der regulären Arbeitszeit auch Dinge, die während des Kriegs vernachlässigt werden mussten, wiederaufnehmen und versuchen, sie zu verbessern. Mardini meint damit beispielsweise die Versorgung von chronisch kranken Patient:innen. Oder den Aufbau von Strukturen für psychologische Erste Hilfe.

Amar Mardini ist dankbar, dass er im Ehrenamt tätig sein kann und weiß, dass seine Rotationseinsätze im Ausland nicht selbstverständlich sind. „Ich habe viel Glück mit der Universitätsmedizin Rostock und mit meinem Chef Prof. Dr. Micha Löbermann. Ich werde hier unglaublich unterstützt, auch vom gesamten Team. Denn natürlich müssen meine Dienste übernommen werden, während ich im Ausland bin.“ Gleichzeitig empfindet er es als schwierig, die humanitären Einsätze auch mit seinen Aufgaben zu Hause zu vereinbaren. Allein schon deshalb, weil sich jedes Mal auch seine Weiterbildung verschiebt. „Ich möchte natürlich weitergebildet werden. Auch, weil ich es als Privileg empfinde, Spitzenmedizin

auf höchstem Niveau machen zu dürfen. Andererseits sehe ich meine ehrenamtliche Arbeit ebenfalls als Weiterbildung an. Ich nehme viel aus den Einsätzen nach Hause mit, das ich auch hier umsetzen kann.“ Mardini wünscht sich deshalb einfachere Wege für die Anerkennung von Auslandseinsätzen als Weiterbildung. Gerade vor dem Hintergrund, dass Deutschland sich und sein Gesundheitswesen krisenresilienter aufstellen möchte (siehe auch Interview auf Seite 20).

Durchs Ehrenamt hat Mardini neben der medizinischen Versorgung in Krisensituationen auch Softskills gelernt – etwas, das wichtig ist, wenn man tagtäglich in enger Zusammenarbeit mit einem Team zurechtkommen muss. Auch unter schwierigen Bedingungen, ohne die Möglichkeit, mal eine längere Auszeit zu nehmen. Zumindest in Gaza ist das kaum realisierbar: Es braucht etwa ein, zwei Wochen, bevor man in den Gazastreifen reisen oder diesen verlassen kann. Zuvor muss man sich bei den Behörden anmelden, Background-Checks durchlaufen. Nur an zwei Tagen in der Woche ist ein Grenzübertritt möglich. Die Hilfsorganisation Cadus legt da-

her bei ihren Gaza-Einsätzen Wert darauf, bereits krisenerfahrene Ärzt:innen zu entsenden. „Natürlich hat man als Mediziner immer die Sorge, ob man ohne intaktes Gesundheitswesen vor Ort die Versorgung schaffen kann. Aber bei der humanitären Arbeit spielen noch mehr Aspekte eine Rolle: kulturelle Sensibilität, die Beachtung von Sicherheitsmaßnahmen“, beschreibt Amar Mardini seine ehrenamtliche Tätigkeit. „Man kann nicht einfach Medizin machen, wie man das von zu Hause gewöhnt ist. Man muss noch viel mehr im Team funktionieren.“

Für sein ehrenamtliches Engagement wurde er im Sommer zu einem Gespräch über die Situation im Gazastreifen beim Bundespräsidenten eingeladen. „Für den schwäbischen Jungen aus dem Dorf war das natürlich eine unglaubliche Ehre. Das hätte sich mein 16-jähriges Ich niemals vorstellen können“, erzählt er mit einem Lachen. Schon, dass er einmal Medizin studieren würde, kam dem Schüler damals nicht in den Sinn. „Ich bin in die Medizin einfach reingerutscht – und habe dann gemerkt, dass es der schönste Beruf ist, den ich machen kann.“ Genauso hatte er als Mediziner nicht daran gedacht, einmal humanitär zu arbeiten. „Und dann bin ich auch in die humanitäre Welt gerutscht und bisher hat sie mich nicht wieder losgelassen“, ergänzt Mardini. Er möchte auch in Zukunft beide Welten – seinen Arztberuf in Deutschland und die humanitären Einsätze im Ausland – miteinander verknüpfen.

„Ich habe in Deutschland eine sehr gute Ausbildung genießen dürfen. Wir meckern oft übers Gesundheitssystem und über die Ausbildung. Aber man vergisst manchmal auch, wie privilegiert wir

sind“, erzählt Mardini. Das werde ihm im Gazastreifen immer wieder vor Augen geführt. Das Gesundheitssystem sei vor dem Krieg dort hoch entwickelt gewesen. Heute fehle es jedoch an medizinischer Spezialisierung. Auch, weil viele der Ärzt:innen, die ihr Medizinstudium zur Zeit des Kriegsbeginns beendet hatten, kein weiteres Training mehr erhalten konnten. Eine Ausbildung mit Rotationen auf verschiedenen Stationen wie in Deutschland war unmöglich. „Weil die Ressourcen knapp sind, muss man auf seine klinische Ein-

schätzung vertrauen. Das ist natürlich bei jemandem, der erst seit einem Jahr Arzt ist, schwierig. Und da kommen wir von Cadus ins Spiel: Wir führen zum Beispiel Ultraschalle in der Notaufnahme durch – weil es in Gaza kaum noch Ultraschallgeräte gibt, beziehungsweise nicht sehr viele Notfallmediziner:innen, die diese auch bedienen können“, erläutert Mardini. Er unterstützt damit seine palästinensischen Kolleg:innen sowohl bei der Diagnostik als auch beim Wissensaufbau. „Wir versuchen, durch unser Training und unsere Anwesenheit den Leuten hier etwas beizubringen, das sie weiterführen können, wenn wir nicht mehr da sind.“ Es erstaune ihn immer wieder, wie Medizinstudent:innen und junge Ärzt:innen ihn selbst nach 24-Stunden-Schichten fragen, ob er ihnen noch etwas am Ultraschall zeigen könne. Dass er sein in Deutschland erworbenes Wissen weitergeben kann, bestärkt Mardini und ist ihm eine weitere Motivation für sein Ehrenamt: „Medizin beschränkt sich nicht auf eine Nation, sondern wird ja global gedacht. Und solange ich draußen in der Welt bei Krisen helfen kann, möchte ich das auch tun.“

„Ich habe in Deutschland eine sehr gute Ausbildung genießen dürfen. Wir meckern oft übers Gesundheitssystem und über die Ausbildung. Aber man vergisst manchmal auch, wie privilegiert wir sind. Das wird einem im Gazastreifen immer wieder vor Augen geführt.“

„Ich war immer an einer Uniklinik tätig und habe Spitzenmedizin gemacht. Als ich das erste Mal im Flüchtlingslager auf Lesbos stand, ganz ohne Labor und Röntgen, hat mich das schockiert.“

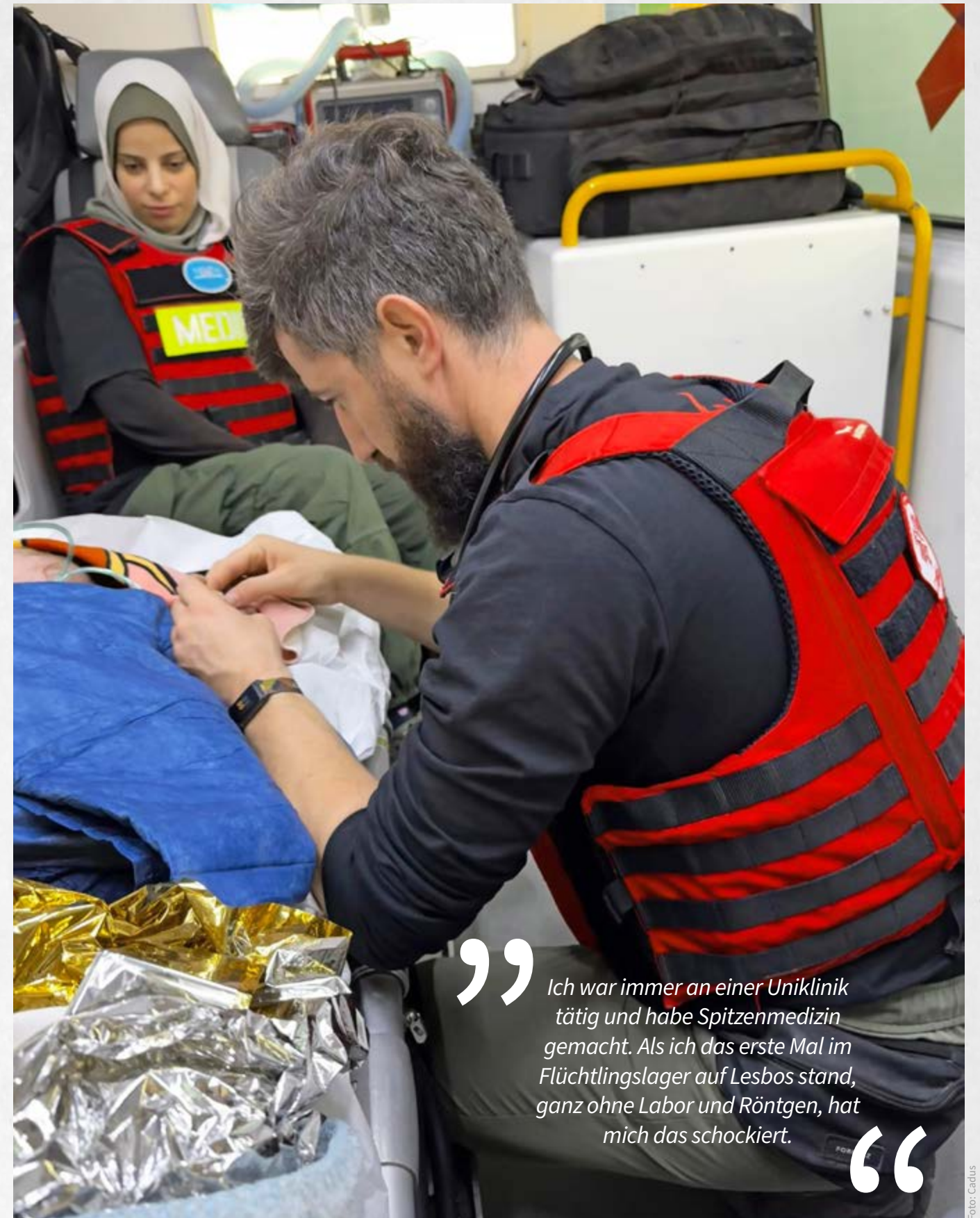


Foto: Cadus

Mit medizinischem Know-how Frauen weltweit helfen

„Vielleicht ist es eine gewisse Portion Idealismus, die man braucht. Als Arzt hilft man gern – das ist ein erfüllender Aspekt der Arbeit“

Ärzt:innen im Ruhestand verfügen über große Expertise, die auch in der Entwicklungshilfe von großem Wert sein kann. Als sogenannter Senior Expert schlägt es Dr. Georgia Harder-Faigle immer wieder von Bonn aus in die weite Welt. Sie hat beim Senior Expert Service – der größten deutschen Entsendeorganisation für ehrenamtliche Fach- und Führungskräfte im Ruhestand oder in einer beruflichen Auszeit – bereits bei fünf Projekten mitgewirkt. Das Ziel der Gynäkologin: mit Hilfe von Fortbildungen die Gesundheitsversorgung der Frauen in Entwicklungsländern zu verbessern.

„Sehr spannend“, diese Beschreibung fällt immer wieder, wenn Dr. Georgia Harder-Faigle über ihre ehrenamtliche Arbeit spricht. In Tansania war sie in einer abgelegenen Gegend, ohne zuverlässige Wasser- und Stromversorgung und ohne ausgebautes Straßennetz. In Marokko arbeitete sie in einem Frauenhaus, in dem Nomadinnen aus der Wüste ihre Kinder zur Welt bringen konnten und medizinischen Rat für sich und die Versorgung ihrer Kinder erhielten. In Kamerun erlebte sie, wie Patientinnen mit Eimern in ihren Betten lagen, um in der Regenzeit das durchs Krankenhausdach tropfende Wasser aufzufangen. In Bangladesch wiederum war es Frauen aufgrund geografischer Gegebenheiten kaum möglich, zur Vorsorge oder medizinischen Versorgung in eine Gesundheitseinrichtung zu kommen.

Also fuhr Georgia Harder-Faigle mit einem ambulanten Team direkt zu den Frauen in die Dörfer, auch mal mit dem Rad oder mit kleinen Booten. Das alles ist ein klares Kontrastprogramm zu ihrem Alltag in Bonn, den die Gynäkologin aus ihrer eigenen Praxis kannte. Seit 2015 ist die heute 73-Jährige im Ruhestand und hat seitdem viel Neues gesehen. Vor allem aber hat sie versucht, Veränderungen in Entwicklungsländern anzustoßen, zusammen mit dem medizinischen Personal vor Ort. All diese unterschiedlichen Projekte, an denen Georgia Harder-Faigle bisher teilgenommen hat, eint vor allem eins: Durch sie soll die medizinische Versorgung von Frauen verbessert werden, die in armen, schwer zugänglichen Regionen leben. Um das zu erreichen, organisiert Harder-Faigle Fortbildungen für Ärzt:innen, Pflegepersonal und Hebammen. Denn seit 2018 ist sie für den Senior Expert Service (SES) ehrenamtlich in Auslandseinsätzen unterwegs.

Der SES ist nach eigenen Angaben die größte deutsche Entsendeorganisation für ehrenamtliche Fach- und Führungskräfte im Ruhestand oder



Die Dankbarkeit des medizinischen Personals ist bewegend. Der Dank dafür, dass sie Zuwendung und Rat erhalten, dass tatsächlich jemand zu ihren kleinen lokalen Projekten kommt.

in einer beruflichen Auszeit. Seit 1983 bietet die Organisation weltweit Hilfe zur Selbsthilfe. Finanzielle Unterstützung erhält sie dabei durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie aus der deutschen Wirtschaft. Beim SES sind mehr als 14.000 Fachkräfte aus allen kaufmännischen, technischen, handwerklichen, medizinischen und sozialen Berufen registriert, die ihr Fachwissen ehrenamtlich zur Verfügung stellen wollen. Seit Gründung des SES wurden mehr als 60.000 Einsätze in 170 Ländern durchgeführt. Dabei wird nachfrage- und bedarfsorientiert gearbeitet. Das bedeutet, dass Auftraggeber:innen aus Ländern, die für ihre Projekte bestimmte Expertise benötigen, diese in einem Formular anfordern können. Der SES ermittelt daraufhin im eigenen Register entsprechende Expert:innen, die über das erforderliche Profil und die Fähigkeiten verfügen.

Für Georgia Harder-Faigle haben sich auf diese Weise bisher fünf Einsätze ergeben. Was ihr an der Vorgehensweise des SES gefällt: Dass kleine Projekte, die sonst kaum Beachtung und Förderung erhalten, vom Know-how der Ehrenamtlichen profitieren können. Bei ihren Auslandseinsätzen geht es darum, trotz weniger Ressourcen – häufig fehlen beispielsweise Ultraschallgeräte – den medizinischen Versorgungsstandard für Frauen zu heben.

„Die Dankbarkeit des medizinischen Personals ist bewegend. Der Dank dafür, dass sie Zuwendung und Rat erhalten, dass tatsächlich jemand zu ihren kleinen lokalen Projekten kommt.“ Dank dafür, dass sie Zuwendung und Rat erhalten, dass tatsächlich jemand zu ihren kleinen lokalen Projekten kommt. „Das sind natürlich Bedingungen, die traurig machen und vielleicht sogar schockieren. Aber gleichzeitig

ist es so, dass Projekte um Hilfe gebeten haben und dadurch etwas an dieser Situation verändern möchten“, erzählt Harder-Faigle. Und da kommt sie ins Spiel.

Drei Wochen dauerten ihr Aufenthalte bislang meist. Das sei zwar eine kurze Zeit, für sie aber ausreichend, um die Lage dort begutachten, Schwachstellen zu finden und daran arbeiten zu können, erklärt sie: „Ich fahre ja nicht dorthin, um Patienten zu behandeln. Sondern ich gebe Fortbildungen, meist zu Themen rund um eine bessere Organisation der Geburtshilfe. Ich versuche, Dinge zu initiieren, die auch weitergeführt werden können, wenn ich nicht mehr dort bin. Das macht solche Projekte für mich mit Blick auf die Nachhaltigkeit sinnvoll.“ Als Beispiel beschreibt sie die Ausgangslage bei ihrem Projekt in Tansania: Die Patientinnen dort mussten beispielsweise die in der Geburtshilfe wichtige Blutgruppenbestimmung selbst bezahlen. Für die Patientinnen war das eine große finanzielle Herausforderung. Weil die Ergebnisse der Blutgruppenbestimmung allerdings in keiner Patientenakte vermerkt wurden, musste das bei jeder weiteren Geburt – manche Frauen hatten bis zu sieben Kinder – wiederholt werden. „Dieses Vorgehen zu ändern ist sehr wichtig für diese Patientinnen. Und es ist auch wichtig für die Klinik, diese Laborwerte später wieder aufrufen zu können“, so Harder-Faigle. Bei sexuell übertragbaren Erkrankungen fehlte eine Dokumentation ebenfalls, so dass immer wieder Zufallsbefunde von Erkrankungen gestellt wurden, obwohl beispielsweise HIV-positive Patientinnen bereits im Krankenhaus behandelt worden waren. Es sind gerade solche kleinen Stellschrauben, die einen großen Effekt haben können. „Ich denke, es lassen sich immer Wege finden, auch mit begrenzten Mitteln etwas besser zu machen: Organisationsmaßnahmen kosten nichts. Es sind einfache Maßnahmen. Man muss nur gewillt sein, etwas zu ändern.“

Sich immer wieder auf Neues einzulassen, macht für Georgia Harder-Faigle die Arbeit in ihren Auslandseinsätzen so reizvoll. Eine Prise Abenteuerlust ist es vielleicht auch, die sie anzieht: in ein unbekanntes Land zu fahren und selbst zu erfahren, wie dort gelebt, gegessen, gewohnt wird. Die Deutsch-Amerikanerin hat das bereits in jungen Jahren in einem anderen Kontext erlebt: In Amerika lernte sie ihren deutschen Mann kennen, heiratete ihn, zog mit ihm nach Deutschland und baute sich ein völlig neues Leben auf. „Ich muss schon sagen, das war wahrscheinlich das größte Abenteuer meines Lebens. Seitdem kann mich nichts mehr erschüttern“, sagt sie im Scherz. Aber tatsächlich habe das ihre Sichtweise verändert: Sich der Welt zu öffnen, könne auch viel Positives bereithalten. Das bezieht sie ebenfalls auf ihr Ehrenamt: Doch in erster Linie ist es etwas anderes, das sie ehrenamtlich tätig sein lässt: „Vielleicht ist es eine gewisse Portion Idealismus, die man braucht. Als Arzt hilft man gern – das ist ein Aspekt der Arbeit, der sehr erfüllend ist. Man kann in vielen Fällen helfen. Auch

Ich denke, es lassen sich immer Wege finden, auch mit begrenzten Mitteln etwas besser zu machen.

auf ehrenamtlicher Basis.“ Umso mehr bedauert sie die aktuelle Situation in der Entwicklungshilfe. Die Gelder dafür werden seit Jahren stark gekürzt, damit fehlen auch finanzielle Mittel für den SES und andere Hilfsorganisationen. Das macht sich mittlerweile auch in der Zahl der SES-Auslandseinsätze bemerkbar, die deutlich reduziert wurde.

Zur ehrenamtlichen Tätigkeit ist Georgia Harder-Faigle selbst zufällig gekommen. Mit der Entscheidung, 2015 ihr aktives Berufsleben zu beenden, kamen gewisse Fragen auf: Was macht man mit dem eigenen Leben, das bislang vom Arztberuf erfüllt war? „Ich habe sehr gerne als Frauenärztin gearbeitet. Es ist ein tolles Fach“, erzählt Harder-Faigle. Gerade in dieser Phase des persönlichen Umbruchs befand sich auch Deutschland in einer herausfordernden Zeit: Es kamen sehr viele Menschen, die vor dem Syrischen Bürgerkrieg geflüchtet waren. Durch eine Freundin hatte Harder-Faigle davon erfahren, dass in einer Bonner Erstaufnahmeeinrichtung für Geflüchtete nach ehrenamtlichen Ärzt:innen der Fachrichtungen Gynäkologie und Pädiatrie gesucht wurde. Ihre medizinische Disziplin im Ehrenamt auszuüben, fand sie interessant. Für knapp drei Jahre hielt sie in der Erstaufnahmeeinrichtung eine gynäkologische Sprechstunde. Lernte Ärzt:innen aus Syrien und Libyen kennen und arbeitete mit ihnen zusammen. Erfuhr von den Patientinnen viel über ihre Fluchterfahrungen, war bewegt von deren Schicksalen. Gleichzeitig arbeitete sie mit an einem Plan des Landes Nordrhein-Westfalen, wie Schwangeren in Erstaufnahmeeinrichtungen adäquat medizinisch geholfen werden könne. „Das war eine faszinierende Arbeit“, sagt Georgia Harder-Faigle, die später auch nach der Hochwasserkatastrophe im Ahrtal für das Deutsche Rote Kreuz im Ahrtal ehrenamtlich tätig war.

Zum SES kam Harder-Faigle ebenfalls durch Zufall, ein Bekannter hatte ihr davon erzählt. „Durch meine Arbeit in der Erstaufnahmeeinrichtung hatte ich mittlerweile Erfahrung mit ausländischen Patientinnen“, beschreibt sie ihre Motivation, ihr ehrenamtliches Engagement im Ausland fortzusetzen. „In die Erstaufnahmeeinrichtungen kamen zunächst viele Kriegsflüchtlinge, später vermehrt Menschen, die aus wirtschaftlichen Gründen Afrika verlassen hatten. Für den SES bin ich dann dorthin gegangen. Es ist heute meine Überzeugung, dass es sinnvoll ist, die Situation im Land selbst zu verbessern. Und dadurch den Menschen weniger Anlass zu geben, ihr Land verlassen zu wollen.“ In den vergangenen Jahren hat sie vieles erlebt, das sie nicht mehr missen möchte. Das Ehrenamt hat ihren Horizont erweitert, auf verschiedene Weise. Sie hat gesehen, dass persönliches Engagement das Leben anderer, aber auch das eigene positiv beeinflussen kann: „Ich führe wirklich ein sehr spannendes, medizinisches ehrenamtliches Leben, das mir persönlich viele neue Erfahrungen gebracht hat und es mir ermöglicht, auf eine ganz andere Art zu arbeiten.“

Menschen helfen, die durchs Raster fallen

„Es ist etwas, das sehr glücklich machen kann. Weil man seine eigene Wirksamkeit erlebt“

Kein Anspruch auf Gesundheitsversorgung? Das betraf im Jahr 2023 rund 72.000 Menschen in Deutschland, lauten aktuelle Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Dies geht aus der Auswertung des Mikrozensus hervor. Die Dunkelziffer dürfte wohl höher liegen, Schätzungen gehen von Zahlen bis zu einer Million aus. Eine Praxis im Berliner Bezirk Lichtenberg hilft Betroffenen, betrieben wird sie von der Hilfsorganisation Ärzte der Welt. Dr. Clemens Schmidt führt dort ehrenamtlich Sprechstunden durch.

Das vielzitierte Helfersyndrom wird gerade im ärztlichen Beruf häufig als Motivation für ein Ehrenamt genannt. Für Dr. Clemens Schmidt ist die Quelle seiner Motivation etwas anderes: „Ich finde es einfach tierisch ungerecht, dass es diese Situation überhaupt gibt.“ Mit der Situation meint er, dass es in Deutschland Menschen gibt, die keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung haben. Seit Juli 2023 engagiert sich der 28-Jährige deshalb beim Projekt open.med Berlin-Lichtenberg der Hilfsorganisation Ärzte der Welt. Zunächst auf dem Level eines Studenten, später dann in der ärztlichen Sprechstunde. Bei open.med handelt es sich um eine Praxis für die hausärztliche Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. Ein- bis zweimal im Monat übernimmt Clemens Schmidt eine Sprechstunde.

Sich ehrenamtlich einzusetzen, ist Clemens Schmidt nicht neu. Schon in der Abiturzeit fing er 2015 in Leipzig in der Geflüchtetenhilfe an, betreute minderjährige Geflüchtete oder sortierte Kleiderspenden. Während des Studiums in Göttingen organisierte er in einer Studierendengruppe des Vereins „Internationale Ärzt*innen für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzt*innen in sozialer Verantwortung“ unter anderem Vorträge. Direkt nach dem Examen, mittlerweile wohnte er in Berlin, machte ihn seine Schwester – die selbst ehrenamtlich aktiv ist und damit sein Vorbild ist – auf die damals neu eröffnete open.med-Praxis aufmerksam. Es wurden noch Ehrenamtliche gesucht. Clemens Schmidt fragte bei Ärzten der Welt an, lernte das Projekt kennen und blieb.

„Eigentlich wünschte ich, es bräuchte unsere Praxis nicht. Denn ich bin der Überzeugung, dass Gesundheitsversorgung ein elementares Menschenrecht ist. Wenn jemand krank ist, sollte er ungeachtet seines sozialen Status' auch entsprechende Hilfe erhalten“, findet Clemens Schmidt. Die Realität sehe allerdings anders aus: Viele Menschen fallen durchs Raster und haben keinen Zugang mehr zum Gesundheitssystem. Schmidt drückt das noch deutlicher aus: Die Menschen werden in Stich

Letztendlich bin ich der Überzeugung, dass wir Menschen ohne Krankenversicherung eigentlich auch in unserem herkömmlichen primären Gesundheitssystem eingliedern müssten. Es sollte einfach keine so große Rolle spielen, wie jemand versichert ist.



gelassen. Das zu ignorieren, kommt für ihn nicht in Frage. Und ist eigentlich auch unmöglich, weil gesundheitliche Probleme vulnerabler Gruppen für jeden in der Stadt präsent und sichtbar sind. Dabei könne schon mit dem Einsatz geringer Mittel viel erreicht werden. „Werden Ressourcen gezielt und niederschwellig eingesetzt, können gesundheitliche Komplikationen vermieden werden, für die früher oder später dann doch die ganze Gesellschaft aufkommen muss – im Notfall müssen wir sowieso alle behandeln, ganz nach ärztlichem Ethos“, so Schmidt.

Für den Mediziner, der seit verganginem Jahr seine Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin macht, sind Angebote von Hilfsorganisationen wie open.med, die über Spenden und Zuschüsse finanziert werden, so etwas wie ein Lückenfüller. Solange, bis die Strukturen des Gesundheitswesens dahingehend verändert werden, eine Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten. „Letztendlich bin ich der Überzeugung, dass wir Menschen ohne Krankenversicherung eigentlich auch in unserem herkömmlichen primären Gesundheitssystem eingliedern müssten. Es sollte einfach keine so große Rolle spielen, wie jemand versichert ist.“ Menschen sind aus verschiedenen Gründen nicht krankenversichert. Insgesamt gesehen leben viele der Betroffenen in prekären Lebensverhältnissen. Zum Beispiel in unsicheren Wohnverhältnissen, auf der Straße oder ohne festen Wohnsitz. Das ist bei einem großen Teil der open.med-Patient:innen der Fall. Ein weiterer Grund ist ein unsicherer Aufenthaltsstatus, also wenn Menschen nicht bei den Behörden gemeldet sind. Ein weiterer großer Teil der open.med-Patient:innen sind Menschen, die privat versichert waren und dann aber Beitragsschulden entwickelt haben. Es herrscht dann kein Versicherungsschutz mehr seitens der privaten Versicherung, gleichzeitig werden sie nicht mehr in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen. „Das sind tatsächlich Menschen, die teilweise über gute Wohnverhältnisse verfügen, auch mit deutscher Staatsbürgerschaft. Die aber einfach nicht mehr in der Lage sind, regulär zu

einem Hausarzt zu gehen“, beschreibt Clemens Schmidt die Situation. Neben finanziellen können auch rechtliche Ursachen zu einer fehlenden Krankenversicherung führen. Kommen Menschen aus dem EU-Ausland im Rahmen der Arbeitnehmerfreizügigkeit nach Deutschland, verlieren aber ihre Arbeit, haben sie ohne sozialversicherungspflichtiges Anstellungsverhältnis auch keinen Anspruch mehr auf Gesundheitsversorgung.

Hilfe bietet die open.med-Praxis im Berliner Bezirk Lichtenberg. Zweimal in der Woche ist sie geöffnet, jeweils für eine Sprechstunde von vier Stunden. Es werden keine Termine vergeben, Patient:innen kommen bei Bedarf in die Praxis, die Behandlung erfolgt anonymisiert. Gut 800 bis 900 Menschen haben bislang das Angebot in Anspruch genommen. Pro Sprechstunde kommen im Schnitt acht bis 12 Menschen. Seit Eröffnung der Praxis ist die Zahl der Patient:innen gestiegen. Zum einen, weil Krankenhäuser Menschen ohne Krankenversicherung, die als Notfall behandelt wurden, an die Praxis verweisen. Zum anderen, weil sich das open.med-Angebot in der Zielgruppe herumspricht und der Bedarf dafür wächst. Im September veröffentlichte Ärzte der Welt dazu Zahlen aus dem ersten Halbjahr 2025. So verzeichneten die open.med-Praxen und -Behandlungsbusse in Berlin, Hamburg und München deutlich mehr Zulauf. Insgesamt wurden 1 199 Patient:innen behandelt, das sind 16,8 Prozent mehr als im Vorjahr.

Weil die open.med-Praxis allgemeinmedizinisch ausgerichtet ist, wurde zunächst angestrebt, ein Netzwerk mit externen Facharztpraxen aufzubauen, die ebenfalls pro bono Patient:innen behandeln. Auf diese Weise sollte eine weiterführende Diagnostik wie Röntgenuntersuchungen zur Verfügung gestellt werden, die so in der open.med-Praxis nicht möglich ist. Am Ende scheiterte es daran, dass sich kaum kooperierende Fachärzt:innen meldeten. „Die Beratungsanlässe, also warum die Leute zu uns kommen, sind vielfältig: beispielsweise orthopädische Beschwerden wie Rückenschmerzen, geschwollene Gelenke, Verletzungen nach Stürzen. Durchaus Beschwerden, bei denen man in der Hausarztpraxis sagen würde, lass das mal lieber beim Facharzt untersuchen“, so Schmidt. Ohne fachärztliche Expertise seien die Handlungsspielräume jedoch beschränkt: „Deshalb muss man schon einmal genauer gucken, was alles hier gemacht werden kann. Weil es sonst gar keine medizinische Versorgung gibt.“

Dennoch findet Clemens Schmidt die Arbeit für open.med ansprechend. „Es herrscht ein anderer Arbeitsalltag, der nicht so sehr von dem Druck geprägt ist, Menschen auf eine ganz bestimmte Weise schnell zu behandeln. Und dass sich das dann gut abrechnen lassen muss“, sagt er. Für ihn ist es eine Medizin, die sich auf den Menschen fokussiere. „Gerade, wenn man kein Arsenal an Mitteln zur Verfügung hat, muss man noch viel mehr auf sprechende Medizin setzen. Die-

Gerade, wenn man kein Arsenal an Mitteln zur Verfügung hat, muss man noch viel mehr auf sprechende Medizin setzen. Diesen sozialen Aspekt finde ich wirklich sehr horzonterweiternd.

machen die Kommunikation schwieriger. „Jeder hat ein ganz eigenes Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Da muss man auch erst ein bisschen herausfinden, was die Patientinnen und Patienten eigentlich erwarten und wie man ihnen helfen kann.“

Bislang absolvierte Clemens Schmidt den ersten Teil seiner Facharztweiterbildung in einer internistischen Hausarztpraxis. Feste Arbeitszeiten machten es für ihn einfacher, sein Ehrenamt und seinen Beruf gut miteinander zu vereinen. Das wird sich wohl ändern, wenn er seine Facharztweiterbildung im Krankenhaus fortsetzt. Schichtdienst, kurzfristige Dienstplanänderungen, hohe Arbeitsbelastung und Überstunden – wie er sein Ehrenamt in dieser Zeit weiterführen kann, wird sich zeigen und hängt von seinen freien Kapazitäten ab. Oder auch dem emotionalen, kognitiven und körperlichen Energielevel. „Diese ehrenamtliche Tätigkeit verlangt einem eine gewisse Aufmerksamkeit ab, man muss die ganze Zeit medizinisch denken. Wenn ich total erschöpft und übermüdet bin, ist auch niemandem geholfen“, merkt Schmidt an. Perspektivisch – weil er sich als Allgemeinmediziner niederlassen möchte – möchte er sein Ehrenamt nicht aufgeben. Höchstens in seiner Zeit am Krankenhaus etwas reduzieren oder unterbrechen. Es wäre etwas, das er andernfalls sehr vermissen würde: „Für mich stellt mein Ehrenamt eine große Genugtuung dar, weil ich gezielt etwas unternehmen kann, um Menschen ohne Krankenversicherung zu helfen. Es ändert zwar leider nichts an den strukturellen Gegebenheiten. Aber es ist etwas, das sehr glücklich machen kann. Weil man seine eigene Wirksamkeit erlebt und in eine bereichernde Interaktion mit anderen treten kann.“



Beratungsgespräche mit Zeit und Muße

„Wir verstehen uns als ein Angebot wie Google, nur sprechend und nachdenkend“

Ein offenes Ohr, medizinisches Wissen und vor allem Zeit, um relevante Zusammenhänge zu erklären und Fragen zu beantworten – das steht im ehrenamtlichen Projekt „Café Med.“ im niedersächsischen Bramsche im Mittelpunkt. Acht Fachärzt:innen im Ruhestand haben es sich auf die Fahne geschrieben, kostenlos, unabhängig und vertraulich Ratsuchende darin zu unterstützen, eigenverantwortlich Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Die Initiative bietet damit etwas, das für Patient:innen in der Hektik des Praxisalltags oft zu kurz kommt. Dr. Peter Thiem und seine Ehefrau Dr. Felicitas von Brachel-Thiem sind die Initiatoren dieses Projekts.

„Wir verstehen uns als ein Angebot wie Google, nur sprechend und nachdenkend“, sagt Dr. Peter Thiem und muss ein bisschen lachen. Natürlich hinkt der Vergleich ein wenig. Denn in der niedersächsischen Stadt Bramsche hat der Arzt im Ruhestand gemeinsam mit seiner Ehefrau ein besonderes Projekt auf den Weg gebracht: Im „Café Med.“ bieten ehemalige Ärzt:innen Beratungsgespräche an. Mit ihrer Expertise wollen sie in einem geschützten Raum und im vertraulichen Gespräch bei medizinischen Fragen helfen. Anders als bei der Internetsuche mit Dr. Google, die so manches Mal zu Verunsicherung führen kann, wollen sieben Ärzte und eine Ärztin die Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden stärken, ihnen faktenbasierte Informationen bieten. „Die Leute können kommen und Fragen stellen und wir versuchen, diese so gut wie möglich zu beantworten“, so Thiem.

Im Mai fand das erste Beratungsgespräch im Rathaus von Bramsche statt. Acht Bürozimmer werden dafür an jedem ersten Mittwoch des Monats nachmittags zur Verfügung gestellt. Und die Resonanz war von Anfang sehr positiv. Dabei ist Peter Thiem eins wichtig: Er selbst hat das Konzept vom „Café Med.“ nicht entwickelt. Das Ganze geht auf ein Schweizer Modell zurück. Ein Arztkollege aus Münster hatte das in der Schweiz entdeckt und vor zwei Jahren dann in Münster eingeführt. Das wiederum wurde von weiteren Ärzt:innen in Warendorf – einer Stadt im Münsterland – übernommen. Und so schließt sich sozusagen der Kreis: Peter Thiem und seine Frau Dr. Felicitas von Brachel-Thiem hatten lange in der Gegend gewohnt und besuchten dort Anfang des Jahres befreundete Kolleg:innen, die ihnen das Projekt in Warendorf vorstellten. „Wir waren sofort überzeugt und haben gesagt: Das wäre doch toll, wenn es so etwas auch bei uns gäbe“, erzählt Peter Thiem.

Was folgte, ist eine Gründungsgeschichte im Schnelldurchlauf in nur vier Monaten: Im Februar dieses Jahres machte das Ehepaar sich einen Termin im Warendorfer „Café Med.“ aus und guckte sich an, wie das Ganze organisiert und durchgeführt wird. Dann folgte



die Überlegung, wie das alles in Bramsche realisiert werden könnte. Zunächst fehlte ein Ort, an dem die ärztlichen Beratungsgespräche stattfinden konnten. Also ging man zum Bürgermeister, erzählte von den Plänen – und erhielt umgehend die Zusage für Unterstützung des Projektes. Neben den Rathausbüros wurden auch Männer und Frauen, die ehrenamtlich für die Stadt arbeiten, ins Boot geholt. Diese sind nun eine große organisatorische Stütze: Zunächst nehmen sie die Anmeldungen für das „Café Med.“ entgegen. Wer ein ärztliches Beratungsgespräch in einer der angebotenen acht Fachrichtungen sucht, muss zuvor über eine zentrale Telefonnummer einen Termin ausmachen. Wenn das „Café Med.“ stattfindet, nehmen die Ehrenamtlichen der Stadt die angemeldeten Personen in Empfang und bringen sie ins jeweilige „Ärztezimmer“. Um Wartezeiten zu überbrücken, stellen sie auch Kaffee und Kaltgetränke bereit. „Dass uns die organisatorischen Dinge abgenommen werden, ist wirklich toll“, findet Thiem.

Für das „Café Med.“ brauchte es aber auch ärztliche Mitstreiter:innen. Also sprachen Peter Thiem und Felicitas von Brachel-Thiem viele ehemalige Kolleg:innen aus Bramsche an. Auch hier stieß das ehrenamtliche Projekt auf Gegenliebe. „Wir hatten schnell acht Leute aus unterschiedlichen Fachrichtungen zusammen. Wir alle kennen uns gut und haben gesagt: Dann starten wir mal!“, fasst Thiem den Gründungsprozess zusammen.

Beratungsangebote bestehen nun in den Fachbereichen Allgemeinmedizin und Psychotherapie, Dermatologie und Allergologie, Gynäkologie, Urologie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie. Die am Projekt teilnehmenden Ärzt:innen haben – bis auf einen ehemaligen Klinik-Chefarzt aus der Gegend – alle lange Jahre eine eigene Praxis geführt. Allesamt sind sie mittlerweile Ärzt:innen im Ruhestand, nur einer ist noch für ein paar Stunden in der vertragsärztlichen Versorgung tätig. Zwischen 65 und 85 Jahre

alt sind sie. Was sie eint: Dass sie an ihrem Beruf viel Freude hatten und gern in den medizinischen Austausch mit Ratsuchenden gehen.

Dabei hatte Peter Thiem selbst vorher gar nicht mit dem Gedanken gespielt, einmal ein Ehrenamt auszuüben. „Meine Frau und ich hatten uns klar entschieden, nach der Rückgabe der Niederlassung nicht mehr weiterzuarbeiten. Wir wollten andere Schwerpunkte als den Arztberuf in unserem Leben setzen“, sagt der 70-Jährige. 2022 war das. Als er dann aber vom „Café Med.“-Konzept erfahren hatte, sagte er sich: „Da kann man sich doch noch einbringen.“ Bei den anderen sei es genauso gewesen. Ein Ehrenamt in seiner Zeit als aktiver Arzt wäre für Peter Thiem nicht in Erwägung gekommen: „Da gab es keinen zeitlichen Spielraum, ein Ehrenamt wäre gar nicht möglich gewesen. Meine Frau und ich haben hier eine eigene Praxis geführt, hatten 50- bis 60-Stunden-Wochen.“ Umso mehr freut er sich heute, dass das „Café Med.“ so gut angenommen wird – sowohl von den Ratsuchenden als auch den teilnehmenden Ärzt:innen.

Ein Erfolgsrezept ist sicher das Format der Beratungsgespräche. Denn was das „Café Med.“ im Angebot hat, ist im Gesundheitswesen ein knappes Gut: ausreichend Zeit. Bis zu 20 Minuten kann ein Termin dauern. Das ist genug, um in Ruhe auf Fragen und Probleme einzugehen. Es ist mehr oder weniger das Angebot, ein einfühlsames Gespräch auf medizinischer Grundlage zu führen. Etwas, das im Versorgungsalltag zum Teil undenkbar, zumindest jedoch schwer umsetzbar ist. „In der eigenen Praxis – ich bin Dermatologe und gehöre zu der Facharztgruppe mit der größten Patientenzahl – herrscht Termindruck. Längere, intensivere Gespräche müssen da separat eingeplant werden. In der Routine wird es in Gesprächen sehr schnell problembezogen. Wir wissen ja, Zeit ist in der vertragsärztlichen Versorgung ein Faktor, der limitiert ist, um eben auch der Patientenzahl gerecht zu werden“, erklärt Thiem diesen Umstand. Im „Café Med.“ ist das kein Thema. „Wir haben Zeit und Muße“, betont er. Gerade das ist es auch, was seiner Ehefrau und den anderen teilnehmenden ehrenamtlichen Ärzten am Konzept gefällt. Sich hinzusetzen, aufmerksam zuzuhören, auf Sorgen oder Ängste eingehen oder eine medizinische Einschätzung zu einer Frage geben zu können – das alles empfinden sie als sehr bereichernd.

Das gilt auch für die Ratsuchenden, die zu den Beratungsterminen kommen. Die Rückmeldungen, seien sie mündlich oder schriftlich, fallen sehr positiv aus. In der Lokal- und Regionalpresse wurde über das „Café Med.“ berichtet – was einen kleinen Hype auslöste. Aus ganz Deutschland kamen Anfragen von interessierten Ärzt:innen, andere Lokalzeitungen meldeten sich, um mehr über das Projekt zu erfahren. In Bremerhaven ging daraus ein eigenes „Café Med.“-Format hervor. Es gab sogar einige Personen, die für einen medizinischen Rat bis zu 200 Kilometer Anreise auf sich nahmen. Das zeigt, der Bedarf für solch ein Angebot ist vorhanden. Peter Thiem schätzt, dass die Termine seit dem ersten „Café Med.“ bislang bis zu 90 Prozent ausgebucht waren. Auch ehemalige Patient:innen kommen. Generell nehmen alle Altersgruppen das Angebot wahr – von Jugendlichen, die Fragen zum Umgang mit Akne haben, bis zu 90-Jährigen. Dabei wird immer klar kommuniziert, dass es sich bei den Beratungsgesprächen um keinen Ersatz für einen Arztbesuch handelt: Es werden keine Zweitmeinungen oder Überweisungsschreiben verfasst, keine Therapien verordnet, keine Rezepte ausgestellt oder medizinische Dokumentationen durchgeführt.

Im „Café Med.“ werden vielfältige Themen besprochen. Man-

„Wir hatten schnell acht Leute aus unterschiedlichen Fachrichtungen zusammen. Wir alle kennen uns gut und haben gesagt: Dann starten wir mal!“

che bringen ihre Medikamentenliste mit und stellen Fragen zu potenziellen Wechsel- oder Nebenwirkungen. Andere wollen CT- und Röntgenbilder besser verstehen. In einem Fall musste Peter Thiem eine Frau mit der Diagnose weißer Hautkrebs an der

Oberlippe beruhigen. Dieser sollte operativ entfernt werden – was die Frau sehr verunsicherte. Was genau passiert bei der Operation, ist man danach entsetzt, ist der Krebs gefährlich? Im Gespräch mit ihrem behandelnden Arzt kam das alles nicht zur Sprache. Im „Café Med.“ war dafür ausreichend Raum. Auch Felicitas von Brachel-Thiem stellt einen hohen Informationsbedarf fest: „Es gibt Patienten, die vielleicht in ein paar Wochen einen Termin beim Facharzt haben und sich vorher informieren und sich besser vorbereiten möchten. Oder welche, die einen Befund nicht verstanden haben und eine Erklärung benötigen.“

„Dieses Ehrenamt macht wirklich Spaß. Die Termine sind ausgesprochen erfreulich, die Ratsuchenden sind dankbar. Das ist eine gute Sache, die zudem, weil sie ja nur einmal im Monat stattfindet, nicht sehr zeitintensiv ist“, sagt Felicitas von Brachel-Thiem. Sie würde es schön finden, wenn es noch viele Nachahmer geben würde, in weiteren Städten Projekte dieser Art ins Leben gerufen werden. Für Peter Thiem hat dieses Ehrenamt noch eine weitere Bedeutung: „Ein Medizinstudienplatz kostet die Gesellschaft viel Geld und den Studierenden viel Mühe. Nach erfolgreich absolviertem Medizinstudium und Jahrzehnten ärztlicher Arbeit können wir der Gesellschaft etwas zurückgeben, indem wir unser erworbenes medizinisches Wissen ehrenamtlich einbringen.“

Anzeige



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

Akupunktur Kursreihe / 2026

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

Termine

Berlin-Hybrid 28. Februar/01. März ·
München 14./15. März
Frankfurt 21./22. März · Online 11./12. April



10% Rabatt
auf Ihre
Anmeldung mit
Gutschein-Code
htmb125

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

Für ehrenamtliche Hilfe zur Selbsthilfe gab es ein Stipendium der Hartmannbund- und Stiftung

„Ich habe gemerkt, dass ich mit meinem Wissen und meinen Erfahrungen einfach Menschen weiterhelfen möchte“

Wissensvermittlung, vor allem im Bereich psychiatrischer und neurologischer Themen, liegt Simon Alexander Stiehl am Herzen – für Patient:innen, Angehörige wie auch für Medizinstudierende sowie weitere Gesundheitsprofessionen. Dafür hat er mehrere Projekte ins Leben gerufen, um die individuelle Gesundheitskompetenz und die Anwendung verschiedener Lernmethoden zu fördern. Für sein ehrenamtliches Engagement wurde der angehende Arzt für den Förderzeitraum 2025 mit dem Stipendium der Hartmannbund-Stiftung ausgezeichnet.

Stillstand scheint es für Simon Alexander Stiehl nicht zu geben. Unterhält man sich mit ihm über das Thema Ehrenamt, erzählt er im Moment von einer Initiative, die er in seiner Heimatstadt Osnabrück ins Leben gerufen hat, um nur wenig später zu einem anderen Projekt zu springen, das er in einer anderen Stadt gegründet hat. Und ja, aller guten Dinge sind drei – kurz darauf kommt ein weiteres ehrenamtliches Engagement zur Sprache. „Vom Persönlichkeitstyp her bin ich eher jemand, der Dinge sehr, sehr schnell abarbeitet. Schnell, von einem Projekt ins nächste stolpert“, sagt der 29-Jährige amüsiert. Das heißt aber noch lange nicht, dass auch sein Interesse an seinen Initiativen schnell vergeht. Im Gegenteil. Der Medizinstudent der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) Theodor Fontane betont, dass sein Ehrenamt gewissermaßen eine Berufung sei und wie viel Herzblut in seinen Projekten stecke. Und wie stolz er darauf ist, dass diese weiterhin Bestand haben.

Dabei entwickelte sich sein ehrenamtliches Engagement zunächst eher schleichend. In seinem ersten Studium in Gesundheits- und Pflegewissenschaft in Osnabrück übernahm Simon Alexander Stiehl die Position des Jahrgangssprechers. „Da habe ich schon gemerkt, dass ich damit eine Verantwortung übernehme, gewissermaßen ein Sprachrohr für die Anliegen anderer bin“, erzählt er. Das sollte sich auch bei seinen späteren Projekten so fortsetzen. 2019 initiierte er in Osnabrück das Recovery College-Projekt. Dabei dreht sich alles darum, dass Betroffene psychische Krisen und Erkrankungen durch individuelle Genesungswege (sogenannte Personal Recovery) überwinden können. Es handelt sich quasi um ein Alternativkonzept, das die Heilung außerhalb von psychiatrischen Institutionen in Strukturen der Selbsthilfe ermöglichen soll. Grundlage dafür sind Bildungsprozesse, die über die reine Wissensvermittlung über eine Erkrankung hinausgehen. Vielmehr soll in einem Recovery College in Koproduktion, also in einer Zusammenarbeit von Fachpersonen und Personen mit Erfahrungen in psychischen Krisen, personalisierte Genesungsprozesse gestaltet werden können. Das geschieht beispielsweise mit Hilfe von Kursen, die psychologische,



Obwohl, ich muss irgendwo auch mal eine Grenze ziehen, damit das alles nicht zu viel wird.

kulturelle oder gesellschaftspolitische Themen abdecken, die dabei aber immer auch einen Bezug zu psychischen Erkrankungen haben. „Letztlich stehen die Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz und eigene Konzepte der Genesung im Vordergrund“, erklärt Stiehl. Und das ist es auch, was ihn an dem Konzept so faszinierte. So sehr, dass er sich damit nicht nur ehrenamtlich, sondern auch auf wissenschaftlicher Basis im deutschsprachigen auseinandersetzt.

Ursprünglich kommt das Konzept aus dem amerikanischen und angelsächsischen Raum. Stiehl hatte davon während eines Auslandssemesters in der Schweiz erfahren. Er entwickelte einen kompletten Projektentwurf für ein Recovery College in Osnabrück und baute das Recovery College schließlich gemeinsam mit Selbsthilfegruppen für Psychiatrieerfahrene Osnabrück sowie dem regionalen Weitblick e. V. für unabhängige Bildung auf. „Ab diesem Zeitpunkt, kurz vor dem Start meines Medizinstudiums, ist das Ehrenamt dann so richtig aufgeflammt“ erzählt Stiehl. Das Recovery College-Projekt entwickelte sich zu diesem Zeitpunkt immer erfolgreicher im Raum Osnabrück. Das Pilotprojekt in dieser Phase aufzugeben, kam für ihn deshalb nicht in Frage. Obwohl er für sein Medizinstudium nach Brandenburg zog. 2022 wurde das Osnabrücker Konzept mit der Theodor-Fliebler-Medaille für innovative Pflegepraxis ausgezeichnet. Mit dem Preisgeld von 5000 Euro wurde letztlich der Start des ersten Semesters am Recovery College Osnabrück (RCO), also die Bereitstellung aller Kurse, finanziert. Auch danach ging es weiter, mittlerweile befindet sich das Recovery College in einem Gebäude des kulturellen Vereins K.A.F.F. e. V., ist eine feste Institution in Osnabrück geworden. „Das ist keine Eintagsfliege“, betont der gebürtige Osnabrücker. Vielmehr wurde das Projekt viel größer, als anfangs gedacht und ist mittlerweile ein fester Bestandteil des deutschsprachigen Recovery College Netzwerkes (RCN).

„Das entwickelte alles eine unglaubliche Dynamik.“ Das Muster wiederholte sich auch bei seinen folgenden Projekten im Kontext des Studiums.

Wie der Vortragsreihe „First Aid! – Erstes Semester“ für Studierende der Human- und Zahnmedizin. Stiehl fing

sein Medizinstudium im Wintersemester 2020 an, mitten in der Corona-Pandemie. Damals schossen die Inzidenzzahlen an seinem Studienort im Raum Neuruppin und Brandenburg in die Höhe. „Wir hatten keinen einfachen Start ins Studium. Wir sind ein bisschen ins kalte Wasser geworfen worden“, erinnert er sich. Aus einem ersten Gedanken, dass es toll wäre, wenn einem das Rüstzeug für einen guten Start in den neuartigen Modellstudiengang vermittelt werden würde, entwickelte er ein Tutorium. Darin ging es unter anderem um geeignete Lernmethoden. Es ist als eine Art ‚Erste Hilfe‘ für Erstsemester gedacht, die in der Anfangszeit eine Orientierung im Brandenburger Modellstudiengang Medizin (BMM) und Zahnmedizin (BMZ) geben sollte. „Die Anfrage war so enorm, dass ich vom Gremium der MHB gefragt wurde, ob das nicht auch für den Brandenburger Modellstudiengang Zahnmedizin als Modul des Curriculums ausgebaut werden könnte“, erzählt Stiehl. An dem Punkt habe er gemerkt, dass ein Ehrenamt, das eher zufällig zu einem gekommen ist, sich zu einer Bestimmung entwickeln könne. „Ich trage so viel Verantwortung dafür, dass ich das nicht einfach liegenlassen kann.“ Mittlerweile hat er die AG First Aid gegründet, in der er die Leitung für das Tutorium nach und nach je an zwei Student:innen der Zahn- und Humanmedizin überträgt. Damit das Angebot auch weiterhin bestehen und sogar weiter ausgebaut werden kann, wenn er bald sein Medizinstudium beendet.

Simon Alexander Stiehl strebt eine Facharztausbildung in Neurologie und Psychiatrie an. Aus dem Interesse für neurologische Themen entstand Ende 2023 auch eine konzipierte Parkinson-Projektreihe für die MHB-Patientenuniversität. Durch Zufall hatte er davon gehört, dass eine Patientenuniversität gestartet werden sollte. Die Idee war, Betroffene, Angehörige und Interessierte über bestimmte Erkrankungen zu informieren. Zusammen mit einem Kommilitonen entwickelte er ein Programm zum Thema Alltagseinschränkungen von Menschen mit Parkinson-Krankheit, an dem sich verschiedene Institutionen, unter anderem die Deutsche Parkinson Hilfe (DPH e. V.) beteiligten. Vorträge wurden gehalten, diverse Kurse angeboten und eine Plenumsdiskussion mit Fachexperten im Bereich Parkinson-Krankheit durchgeführt – und die Patientenuniversität war komplett ausgebucht. Zahlreiche Anfragen kamen am Ende, ob dieses Programm nicht auch in Berlin angeboten werden könne oder wann es eine Fortsetzung der Patientenuniversität geben würde. Das brachte Stiehl wiederum auf neue Ideen. In Zukunft könnte er sich vorstellen, als Berater für die Deutsche Parkinsonhilfe tätig zu sein. Mit dem Ziel, Stipendiaten der Deutschen Parkinsonhilfe dabei zu unterstützen, ihre eigenen Projektideen weiterzuführen. „Obwohl, ich muss irgendwo auch mal eine Grenze ziehen, damit das alles nicht zu viel wird“, gibt er zu. An Ideen für Projekte mangelte es ihm nicht, die Zeit hingegen sei doch sehr begrenzt.

In welchem Umfang er sich nach dem Studium noch weiter ehrenamtlich engagieren kann, fällt ihm schwer, abzuschätzen. Als

Student war es gut möglich, sich mit Projektpartner:innen zwischen einzelnen Vorlesungen schnell zusammenzusetzen und zu planen. Als Arzt im Schichtdienst, großer Verantwortung im Beruf und mit dem Ziel, auch in der eigenen Forschung voranzukommen, wird der Spielraum für ehrenamtliches Engagement immer knapper. Das sieht Stiehl ganz realistisch. Im Bereich Psychiatrie und Neurologie möchte er es aber in jedem Fall weiterverfolgen. Nicht nur als Berater der Deutschen Parkinson Hilfe, sondern auch weiterhin als Supervisor, Berater wie auch Mentor im Bereich Recovery Colleges. „Auch, weil ich gemerkt habe, dass ich vor allem mit meinem Wissen und meinen Erfahrungen im Bereich Psychiatrie einfach Menschen weiterhelfen möchte. Nicht nur auf Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung, sondern auch im Sinne der Selbsthilfe“, erklärt Stiehl. Die bisherigen Erfahrungen haben ihm gezeigt, wie viel man damit erreichen kann. All seinen Projekten ist gemein, dass sie das Thema Bildungsprozesse in Medizin- und Gesundheits-

themen als Schwerpunkt haben. „Es ist schön zu sehen, dass meine Projekte Menschen auf verschiedene Weise die Möglichkeit gegeben haben, mehr über ihre Erkrankung zu erfahren“, blickt er zurück. Genauso könne er sich mit mehr Berufserfahrung – perspektivisch wird er 2027 nach der Facharztausbildung in den ärztlichen Beruf starten – auch ein Ehrenamt

in verschiedenen Verbänden der Fachdisziplinen Neurologie und Psychiatrie vorstellen. Zum Beispiel, um die Ausbildung in diesen Bereichen zu stärken. Und insgesamt die beiden Fächer – im Sinne der integrativen Neuropsychiatrie mit den Grundwerten einer Personalen Medizin – wieder stärker miteinander zu vernetzen. Aber das bleibt wirklich erst einmal ein Projekt für die Zukunft.

Letztlich steht die Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz im Vordergrund.



Simon Alexander Stiehl bei der Verleihung des Stipendiums 2024: Hier mit seiner Mit-Stipendiatin Laurine Kristin Sprehe sowie Vorstandsmitglied Klaus Rinkel und Jacqueline Krämer von der SIGMA-Bank.

Interview mit Dr. Robert Wunderlich, Deutsche Gesellschaft
für Katastrophenmedizin (DGKM)

Haupthinderungsgrund von Ehrenamtlichen, in den Einsatz zu gehen, sind berufliche Verpflichtungen

In Krisensituationen wie Naturkatastrophen, Pandemien, Großschadenslagen oder technischen Störfällen ist ein schnelles und koordiniertes Handeln erforderlich, um Menschenleben zu retten. Zivil- und Katastrophenschutz wird in Deutschland zu mehr als 90 Prozent von Ehrenamtlichen getragen. Eine Studie der DGKM zeigt allerdings auf, dass vor allem durch berufliche Verpflichtungen und Doppelrollen die Zahl der Ehrenamtlichen, die tatsächlich im Ernstfall einsatzbereit wären, deutlich gesenkt wird. Das betrifft vor allem auch Ärzt:innen. Inwieweit das problematisch ist, wie dem Mangel an ärztlichen Ehrenamtlichen begegnet werden soll und was nun geschehen sollte, um den Bevölkerungsschutz besser aufzustellen, erklärt Dr. Robert Wunderlich, Mitglied im DGKM-Vorstand und selbst auch in mehreren Ehrenämtern aktiv.

Hartmannbund Magazin: Der Bevölkerungsschutz basiert zum großen Teil auf ehrenamtlichem Engagement. Die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin (DGKM) hat im August dieses Jahres eine Studie veröffentlicht, in der die Verfügbarkeit ziviler Einsatzkräfte im Katastrophenfall untersucht wurde. Warum ist es notwendig, das genauer zu betrachten?

Dr. Robert Wunderlich: Das Innenministerium gibt an, dass 1,7 Millionen Menschen ehrenamtlich im Bevölkerungsschutz tätig sind. Es wird spannend, wenn man sich anschaut, wer von diesen Menschen tatsächlich in den Einsatz gehen würde. In unserer Studie haben wir herausgefunden, dass dies nur 44 Prozent wären. Das heißt, mit der Zahl von 1,7 Millionen ehrenamtlichen Einsatzkräften können wir eigentlich gar nicht rechnen, beziehungsweise wäre sie zumindest im Einsatzfall nicht voll verfügbar.

Warum ist das so?

Viele Freiwillige üben mehrere Ehrenämter aus, bis zu vier oder mehr. Das zeigt unsere Studie auch. Nun haben wir aber kein Register, in dem das explizit aufgeführt und priorisiert wird. Das heißt, würde es zu einer Naturkatastrophe oder einer kriegerischen Auseinandersetzung kommen, sind die Menschen vielfach verplant, besetzen mehrere Doppelrollen. Ich bin zum Beispiel in der Anästhesie am Uniklinikum beschäftigt. Gleichzeitig bin ich Sprecher der Leitenden Notarztgruppe bei uns im Landkreis. Im Krisenfall hätte ich zusätzlich zu meinem Hauptberuf dann also eine Stabsfunktion. Daneben bin ich ebenso im Ortsverein einer Hilfsorganisation aktiv und auch Notarzt. Ich komme also auf vier oder fünf unterschiedliche Rollen, wenn ich die Auslandsgruppen noch mit-



rechne. Ohne zu wissen, wer welche Funktionen ausüben kann, wird dieses System nicht richtig funktionieren. Deshalb war das Ziel unserer Studie, Licht in die aktuelle Situation zu bringen.

Was bedeutet es denn, wenn nur 44 Prozent der ehrenamtlichen Einsatzkräfte überhaupt verfügbar sind? Kann man damit im Krisenfall adäquat reagieren?

Wie wir mit einem Schadensfall umgehen könnten, lässt sich darüber nicht seriös beantworten. Wir haben lediglich festgestellt, wer eigentlich einsatzbereit wäre. Ob diese 44 Prozent dann reichen oder nicht, lässt sich daraus nicht ableiten. Was sich aber sagen lässt, ist: Man sollte überprüfen, wie das im Krisenfall funktionieren kann. Es müsste klar aufgelistet werden, wer welche Funktion ausüben kann und wer wo tätig ist, so dass im Idealfall eine Priorisierung der verschiedenen Aufgaben erarbeitet werden kann. Denn wenn es aktuell zu einer Katastrophensituation kommt, wird es quasi einer Einsatzkraft überlassen, was wichtiger zu bewerten ist. Wenn ein Arbeitgeber jemanden dienstverpflichtet, ist das natürlich rechtlich relevant. Betrachtet man die Kritische Infrastruktur – sei es eine Arztpraxis, ein Krankenhaus oder ein Rettungsdienst – wird der Hauptberuf Priorität haben und nicht das Ehrenamt. Die Frage, ob dann noch genügend Kräfte für die ehrenamtlichen Strukturen im Bevölkerungsschutz übrigbleiben, sollte man sich auf jeden Fall stellen.

Vielleicht können wir das ja mal an einem fiktiven Beispiel durchspielen: Sie sind Anästhesist und üben gleichzeitig mehrere Ehrenämter im Bevölkerungsschutz aus. Was hat im Krisenfall Priorität?

Ich bin Mitglied der Gruppe Leitende Notärztinnen und Notärzte in Tübingen. Wir sind bei uns im Landkreis eine Notarztgruppe von 14 Leuten. Unsere Aufgabe ist es, einen medizinischen Hilfeinsatz am Notfallort mit zu leiten und zu koordinieren. Gleichzeitig wäre ich im Katastrophenfall gemeinsam mit meinem Ärztlichen Direktor und seinem stellvertretenden Chefarzt im Universitätsklinikum für die Klinikstrukturen und Klinikeinsatzleitung zuständig, um eine schnelle Versorgung von vielen Patienten sicherzustellen. Das heißt, in so einem Fall wäre es höchstwahrscheinlich so, dass jemand von meinen Kolleginnen und Kollegen der LNA-Einsatzgruppe draußen die Leitung übernimmt. Das alles geschieht aktuell auf Zuruf.

Außerdem gibt es noch eine Einsatzeinheit, quasi die Katastrophenschutzereinheit, der zuständigen Hilfsorganisationen. Das ist bei uns das DRK, in anderen Landkreisen sind es ASB, Johanniter oder Malteser. Diese würden sogenannte Behandlungsplätze aufbauen, in denen eine unterschiedliche Anzahl von Verletzten stabilisiert und versorgt werden können. Häufig ist das ein Behandlungsplatz

25, in dem folglich 25 Patienten pro Stunde versorgt werden. Für diese Stelle ist wiederum ein ärztlicher Mitarbeiter erforderlich, der neben vielen anderen sanitäts- oder rettungsdienstlichen Mitarbeitern dort tätig ist. Auch das wird ehrenamtlich besetzt. Wir sind im DRK-Ortsverein in der Bereitschaft zwei Personen, die hierfür eingetragen sind – neben mir noch eine Ärztin. Zusätzlich werden zahlreiche hauptamtliche Notärztinnen und Notärzte gebraucht. Im Endeffekt müsste ich im Katastrophenfall also wahrscheinlich in die Klinik gehen, werde aber auch von den anderen Gruppen in meiner Funktion als Leitender Notarzt beziehungsweise als Notarzt angefragt. Die Frage ist: Wann kann eine Funktion aufgrund von Doppel-funktionen im schlimmsten Fall nicht mehr besetzt werden?

Haben Sie so eine Situation schon einmal erlebt?

Glücklicherweise gab es diesen Katastrophenfall eines Ausmaßes, der internationale Kräfte gebraucht hätte, in Deutschland so noch nicht. Aber man kann schon sagen, dass es bei jedem Einsatz in Katastrophengebieten außerhalb Deutschlands die Diskussion gibt, wer daran eigentlich teilnehmen kann. Ich habe dazu vor 13 Jahren schon meine Doktorarbeit geschrieben, „Deutsches Engagement in der humanitären Hilfe und aus medizinischer Sicht“. Bis heute ist es so, dass die Teilnahme bei Katastropheneinsätzen immer auch abhängig ist vom Arbeitgeber. Das ist in Ländern wie Belgien und Italien ganz anders, dort werden Helfer für die Zeit des

Katastropheneinsatzes freigestellt und das Gehalt wird vom Arbeitgeber weitergezahlt. Dass es das bei uns in der Form immer noch nicht bundesweit einheitlich gibt, ist durchaus ein Problem. Diesen Punkt konnten wir auch in unserer Studie zeigen: Der Haupthinderungsgrund von Ehrenamtlichen, nicht in den Einsatz zu gehen, sind berufliche Verpflichtungen. Insbesondere bei Beschäftigten im KRITIS-Bereich, also unter anderem bei Ärztinnen und Ärzten, ist das so. Das würde uns ja ebenfalls drohen, wenn wir ein Katastrophenszenario in Deutschland hätten.

Was sollte jetzt geschehen, um den Bevölkerungsschutz besser aufzustellen?

Das sind ganz unterschiedliche Dinge. Zunächst wäre die Erfassung dieser Doppelrollen wichtig, um einmal aufzuzeigen, wer überhaupt welche Funktion hat. Es braucht aber mehr als nur ein weiteres Register. Mit den Informationen müsste man auch regeln, was unbedingt notwendig ist und welche Prioritäten bestehen. Das müsste wahrscheinlich im Landkreis festgelegt werden,

also wie viele Menschen in welchen Funktionen benötigt werden. Eine weitere ganz aktuelle Sache: Viele Hilfsorganisationen fordern die Helfergleichstellung. Wir haben in unserer Studie gezeigt, dass zum Beispiel das Technische Hilfswerk und die Feuerwehr viel häufiger als der weiße Bereich, also die Medizin, in Einsätze gehen können. Eben, weil es bei ihnen schon die Verpflichtung gibt, die Einsatzkräfte freizustellen. Sie werden im Einsatzfall also von der Arbeit freigestellt und der Lohn wird gezahlt. Das haben wir für Hilfsorganisationen nicht, beziehungsweise nur in einzelnen Bundesländern. Das wäre aber dringend notwendig, damit man, ohne vorher erst fragen zu müssen, in diese Szenarien gehen kann, die im Bevölkerungsschutz Relevanz haben. Denn das bisherige Vorgehen verzögert das alles sehr.

Inwiefern?

Wir wissen, dass bei Katastrophen der erste Peak der Verstorbenen in den ersten 72 Stunden erreicht wird. Wenn wir weltweit in Einsätze gehen, ist es dann fast schon zu spät, weil man schwerlich in 72 Stunden in weit entfernte Katastrophengebiete kommt. In Deutschland hingegen werden wir innerhalb kürzester Zeit, aber auf jeden Fall in den ersten 72 Stunden überall vor Ort sein können, um die primäre Mortalität durch Trauma in den Griff zu bekommen, beziehungsweise diese niedrig zu halten. Dafür braucht es aber ein schnelles Handeln, bereits festgelegte Strukturen und Personen

„Bevölkerungsschutz ist sehr männerdominiert. Es geht also darum, die Attraktivität des Ehrenamts auch für Frauen zu steigern.“

mit klar definierten Funktionen. Wenn man im Krisenfall erst anfangen muss, herumzutelefonieren und zu fragen, ob jemand im Krankenhaus den Dienst übernimmt, macht es das sehr schwer.

Es braucht also mehr Ehrenamtliche im Bevölkerungsschutz. Welche Rahmenbedingungen würden sich denn positiv auswirken?

Zum einen ist der Bevölkerungsschutz sehr männerdominiert. Wir haben gesehen, dass sehr viele Männer – gut 80 Prozent – an unserer Studie teilgenommen haben. Es geht also darum, die Attraktivität des Ehrenamts auch für Frauen zu steigern. Das sollte bei der Nachwuchsgewinnung eine Rolle spielen. Da hilft es, sich an schon bestehenden Modellen zu orientieren. Eins von der Feuerwehr finde ich charmant: Gibt es einen Einsatz, wird die Kinderbetreuung – die oftmals in Familien leider immer noch hauptsächlich bei Frauen liegt – bei der Feuerwehr organisiert. Zum anderen braucht es mehr Anerkennung für das Ehrenamt. Sei es über Rentenpunkte oder andere finanzielle Vergünstigungen. Wäre das Ehrenamt allgemein attraktiver, würden sich wohl mehr dafür interessieren. Mit genü-

Zur Studie

Die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin (DGKM) veröffentlichte im August dieses Jahres die Studie „Wer kommt, wenn es knallt? Verfügbarkeit von Einsatzkräften im Bevölkerungsschutz.“ Mit der Umfrage sollte beleuchtet werden, wie viele Ehrenamtliche im Katastrophenfall einsatzbereit wären. Das ist insofern von Bedeutung, weil der Bevölkerungsschutz sehr vom ehrenamtlichen Engagement abhängt. Die Studie ergab, dass von den rund 1,7 Millionen ehrenamtlichen Helfer:innen nur etwa 44 Prozent der registrierten Ehrenamtlichen im Krisenfall bereitstehen. Mehr als die Hälfte der Ehrenamtlichen arbeitet hauptberuflich in Kritischen Infrastrukturen (KRITIS), beispielsweise im Gesundheitswesen. Das bedeutet, dass sie im Krisenfall dort gebraucht werden und im Bevölkerungsschutz nicht gleichzeitig ehrenamtlich tätig sein können. Mit 57,4 Prozent gaben mehr als die Hälfte der Befragten an, dass ihre berufliche Tätigkeit der Hauptgrund für die eingeschränkte Verfügbarkeit im Ehrenamt sei. Das betrifft im Besonderen Ärzt:innen, die im Durchschnitt 49 Wochenstunden arbeiten und trotzdem fest in den Konzepten des Bevölkerungsschutzes eingeplant sind. Die DGKM fordert wie Hilfsorganisationen deshalb eine bundeseinheitliche Helfergleichstellung, um eine verlässliche Freistellungsregelung für alle Ehrenamtlichen ermöglichen zu können. Zudem gaben rund 20 Prozent aller Befragten an, mehrere Ehrenämter ausüben und somit mindestens zwei Doppelrollen zu haben. Die DGKM schließt aus ihrer Studie, dass der Bevölkerungsschutz in Deutschland auf wackligen Beinen steht und ohne strukturelle Veränderungen im nächsten Großschadensereignis Versorgungslücken drohen.

gend Ehrenamtlichen hätten wir dann wahrscheinlich gar nicht diese Schwierigkeiten, die wir aktuell haben: Dass wir vor allem auf Leute zurückgreifen müssen, die in der Kritischen Infrastruktur wie Krankenhäusern arbeiten und dadurch Schwierigkeiten haben, zusätzlich in ehrenamtlichen Strukturen tätig zu sein. Ein weiterer Punkt: In Tübingen haben wir im letzten Jahr das Thema Bevölkerungsschutz in die Schulen gebracht. Sämtliche Hilfsorganisationen sowie Feuerwehr und THW waren daran beteiligt und haben ihre Arbeit, ihr Ehrenamt vorgestellt. Das wäre sicherlich auch eine Maßnahme, über die man nachdenken sollte und die politisch gefördert werden müsste – Kindern und Jugendlichen das Thema, analog zu einem Schulfach Reanimation, früh näherzubringen und so das Ehrenamt wieder in den Fokus zu rücken.

In der Studie wurde es so formuliert, dass es einen eklatanten Mangel an ärztlichen Ressourcen im Krisenfall gibt. Aber gleichzeitig klagt das Gesundheitswesen über Ärztemangel. Mit Blick auf die demografische Entwicklung wird das in Zukunft ja sicher nicht einfacher werden.

Auf jeden Fall. Es wird prinzipiell ein Thema werden. Man wird solche Strukturen besser aufziehen können, wenn wir eine breite Ausbildung machen. Wenn sich auch Niedergelassene mit dem Thema auseinandersetzen. Als Notarzt erlebe ich es schon das eine oder andere Mal, dass ich zu einem Notfall gerufen werde und sobald ich eintreffe, heißt es: „Jetzt brauche ich ja nichts mehr zu tun“. Ich finde es schwierig, mit dieser Einstellung an die Situation heranzugehen und zu sagen: „Das ist eine Notfall- oder Katastrophensituation und jetzt sollen das mal andere machen“. Weil es „diese anderen“ in Zukunft auch nicht in größerer Zahl geben wird, in einer Zeit, in der Krisen und Katastrophen zunehmen. Jeder Einzelne wird sich mit diesem Thema auseinandersetzen müssen, muss zumindest eine Verletztenversorgung für die erste Zeit hinbekommen. Das Verständnis dafür, wie man im Krisenfall zu handeln hat, darf sicherlich nicht auf einige wenige begrenzt sein. Es muss breit in die Ärzteschaft getragen werden. Denn wenn es zu einem Katastropheneignis kommt, wird jede Medizinerin und jeder Mediziner gebraucht werden. Ein Grundverständnis für den Bevölkerungsschutz und die Katastrophenmedizin sollte einfach bestehen. Das ist wichtig.

Sehen Sie politisch ausreichend Bewegung in diesem Themenbereich oder blicken Sie mit Sorge in die Zukunft?

Es ist schon ein Thema, über das viel geredet wird – wie reagieren wir auf Bedrohungsszenarien? Ich denke, dass in den Bundeswehrstrukturen viel gemacht wird. Aber auch im zivilen Bereich muss man sich Gedanken darüber zu machen. Damit meine ich ausdrücklich nicht, dass wir schon bald zahlreiche Verletzte aus Kriegsgebieten versorgen müssen. Bevölkerungsschutz umfasst Zivil- und Katastrophenschutz. Bei Naturkatastrophen kommt es genauso zu vielen Verletzten. Wir müssen uns fragen, ob wir in der Lage sind, auch 1 000 Verletzte am Tag versorgen zu können. Falls es einmal tatsächlich zu einer Katastrophe kommt, dann macht es Sinn, vorbereitet zu sein. Ich vergleiche das bei Vorträgen auch mit der Corona-Pandemie: Als es in China losging, wurde vermutet, dass wir in Deutschland nicht betroffen sind. Als die ersten Erkrankten in Italien gemeldet wurden, war die Bedrohung noch immer gefühlt weit weg. Und dann war unsere Intensivstation am 15. März 2020 um 12 Uhr mit Covid-Patienten voll. Schnell stand man vor großen Herausforderungen. Das ist ein Zustand, den niemand wieder möchte und weshalb man sich immer auf Katastrophen vorbereiten muss.

Jetzt haben Sie Handlungsempfehlungen gegeben – ein Register, das Ehrenamt attraktiver machen – was meinen Sie denn, wie schnell so etwas umgesetzt werden kann?

Ich glaube, nicht schnell genug. Aber wenn wir nicht anfangen, schaffen wir es nie. Und wir haben uns einfach viel zu lange nicht mit der Thematik beschäftigt. Nehmen wir zum Beispiel das Curriculum Katastrophenmedizin für Medizinstudierende. Das wurde von der damaligen Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern 2006 verabschiedet. Der Medizinische Fakultätentag hat es aber bis heute nicht flächendeckend. 2017 haben wir eine Studie veröffentlicht. Medizinstudierende aus ganz Deutschland wurden dazu befragt, ob sie sich schon einmal mit Katastrophenmedizin auseinandergesetzt haben, ob das in ihrem Lehrplan an ihrer Universität vorkommt, beziehungsweise unterrichtet wurde. Der Großteil hat das verneint. Zwei Jahre später haben wir mit dem Bundeswehrkrankenhaus Berlin eine ähnliche Umfrage in den medizinischen Fakultäten durchgeführt und sie gefragt, ob sie Katastrophenmedizin unterrichten, was genau gelehrt wird, ob es Verantwortliche für das Thema gibt. Das Ergebnis fiel ähnlich aus – nur zwei, drei Fakultäten hatten sich dafür interessiert, ansonsten wurde Katastrophenmedizin nicht unterrichtet. Als Gründe wurden unter anderem Geldmangel und ein zu voller Lehrplan angegeben. In Tübingen haben wir seit 2018 ein Wahlfach Katastrophenmedizin eingerichtet. Darüber erreiche ich allerdings nur um die 20 interessierte Studierende im Jahr. Deshalb haben wir vor

Zur Person

Dr. Robert Wunderlich M.Sc.DM (39) arbeitet als Oberarzt an der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums Tübingen. Er leitet den Bereich Prähospitaler Notfallmedizin und ist Lehrbeauftragter der Klinik. Er ist unter anderem zuständig für das Wahlfach Katastrophenmedizin und Humanitäre Hilfe sowie für die Vorlesung Katastrophenmedizin. Ehrenamtlich ist er unter anderem Leitender Notarzt im Landkreis Tübingen. Er hat einen European Master in Disaster Medicine in Italien und Belgien studiert. Schon früh hat er sich ehrenamtlich engagiert und hat bereits als Student an ersten Katastropheneinsätzen teilgenommen. So war er unter anderem bei medizinischen humanitären Hilfeinsätzen der Organisation „humanica international“ im Benin und in Äthiopien beteiligt, sowohl als medizinisches Teammitglied als auch als Teamleiter. Seit 2014 ist Wunderlich Mitglied und Ausbilder der Schnelleinsatzgruppe „FAST“ des Arbeiter-Samariter-Bunds, die sich an internationalen humanitären Katastropheneinsätzen, zuletzt dem Erdbeben in der Türkei, beteiligt. Als Berater der WHO ist er in zahlreichen Ausbildungseinsätzen in der Bekämpfung von Viralen Hämorrhagischen Fiebern wie Ebola im Einsatz. Zudem ist er im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin. Seit 20 Jahren leitet Wunderlich das Humanitäre Projekt „Schenke eine Ziege“ in Uganda (www.schenke-eine-ziege.de für sinnvolle Weihnachtsgeschenke) und wurde dieses Jahr für sein ehrenamtliches Engagement mit dem Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

fünf Jahren angefangen, Katastrophenmedizin mit zwei Unterrichtseinheiten in der Notfallmedizin zu unterrichten. Auf diese Weise hören 200 bis 300 Studierende im Semester zumindest diese zwei Unterrichtseinheiten. Das ist ein Tropfen auf den heißen Stein. Aber es ist wichtiger als je zuvor.



Symbolfoto

Selbstverwaltung könnte in Schieflage geraten

„Es braucht mehr Impulse und unterstützende Strukturen, um ärztliches Engagement zu fördern“

Das deutsche Gesundheitswesen baut an vielen Stellen nicht nur auf das ärztliche Ehrenamt, sondern würde ohne die zusätzliche, unbezahlte Arbeit von Ärzt:innen neben dem Beruf oft gar nicht erst funktionieren. Dabei ist das ehrenamtliche Engagement keineswegs als Selbstläufer und Selbstverständlichkeit zu verstehen – Ärztinnen sind noch immer in ehrenamtlichen Führungspositionen unterrepräsentiert, junge Generationen nehmen zunehmend eine funktionierende Work-Life-Balance in den Fokus. Wird nichts an den bestehenden Rahmenbedingungen geändert und die ehrenamtliche Arbeit attraktiver gemacht, droht die ärztliche Selbstverwaltung in eine Schieflage zu geraten.

Der Samariter als selbstloser Helfer – ist das eine Beschreibung, die noch in den modernen Arztberuf passt? Jemand, der seine freie Zeit spendet und dafür keine Gegenleistung erhält? Als einer der Herausgeber der Fachzeitschrift „Pneumo News“ hat sich Prof. Dr. Felix Herth, Chefarzt und medizinischer Geschäftsführer der Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg, bereits im vergangenen Dezember in seinem Editorial mit dieser Thematik auseinandergesetzt. Seinem Beitrag gab er den Titel „Nennen wir es: Samariterquotient“. Mit seiner Wortneuschöpfung Samariterquotient beschreibt er das Verhältnis von bezahlter zu unbezahlter Arbeit bei Ärzt:innen. Also wie viel Zeit und Aufwand von ihnen in Tätigkeiten investiert wird, die über die reguläre Vergütung hinausgehen, aber trotzdem einen wichtigen Teil der Patientenversorgung und des Gesundheitswesens ausmachen, heißt es im Artikel. Aktuell sei der Samariterquotient hoch. Das kann nach Ansicht von Herth nicht so bleiben. Denn das führe nicht nur zu einem erhöhten Burnout-Risiko, sondern mache den Beruf auch weniger attraktiv für den medizinischen Nachwuchs. „Ich glaube, dieser Quotient ändert sich dramatisch“, sagt Herth. Welche Auswirkungen das auf die ärztliche Selbstverwaltung haben wird, hängt auch davon ab, wie man sich damit auseinandersetzt, medizinische Leistungen und den damit verbundenen Zeitaufwand gerechter zu vergüten.

Selbstverwaltung lebt vom Ehrenamt

Das ist gar nicht trivial. Mit Blick auf die Geschichte der Medizinentwicklung weist Herth auf folgenden Punkt hin: Vor ein paar Jahrzehnten waren Ärzt:innen zu Zeiten der Ärzteschwemme noch froh, eine Stelle ergattern zu können – und akzeptierten dafür auch sehr fordernde Arbeitsbedingungen mit drastischen Überstunden, um nicht auf dem Abstellgleis zu landen. „Heute hat sich das zum Glück geändert. Aber dadurch wird das System der ärztlichen Selbstverwaltung auch an seine Grenzen kommen“, urteilt Felix Herth. Die Arbeit in Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen,



Foto: Herth

Fachgesellschaften oder Ärzteverbänden ist abhängig von ehrenamtlicher Arbeit, für die maximal eine Aufwandsentschädigung gezahlt werde. Damit dieses System der Selbststeuerung funktioniere – das darauf beruht, dass viele Ärzt:innen in ihrer Freizeit mindestens ein Ehrenamt ausüben – sei ein hohes Maß an intrinsischer Motivation nötig. Den nachrückenden Generationen wird hingegen nachgesagt, einen anderen Blick auf die Work-Life-Balance zu haben, als dies früher der Fall war. Immer wieder heißt es, sie legen viel Wert darauf, berufliche Anforderungen, private Unternehmungen und Erholungsphasen gut miteinander in Einklang zu bringen. Wie passend pauschale Zuschreibungen für ganze Generationen tatsächlich sind, ist nicht belegt. Aber der Wunsch nach verbesserten Arbeitsbedingungen wird größer – über Altersgruppen hinweg.

Mit den gestiegenen Ansprüchen an die eigene Lebensqualität werde es jedoch zunehmend schwerer, unter den aktuellen Rahmenbedingungen noch Zeit oder Bereitschaft fürs Ehrenamt aufzubringen. „Junge Ärztinnen und Ärzte werden deshalb vielleicht auch nicht mehr bereit sein, das System in seiner bisherigen Form weiterhin zu tragen“, gibt Felix Herth zu bedenken und zieht einen Bezug zu den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen: immer mehr Praxisverbünde entstehen, die Zahl der Anstellungen unter Ärzt:innen wächst, Teilzeitquoten sind hoch. Gewissermaßen werde dadurch ein Stück weit die Selbstverantwortung im Arztberuf aufgegeben. „Dann stelle ich mir schon die Frage: Schafft es die Medizinerschaft unter diesen veränderten Bedingungen, weiter sich selbst und die Rahmenbedingungen für ihre Arbeit zu definieren oder wird es irgendwann doch dazu kommen, dass sie die Selbstverwaltung abgibt und diese von jemand anderem, ohne ärztliche Expertise, übernommen wird?“

Mehr Anreize für Engagement erforderlich

Herth will nicht schwarzmalen. Vielmehr fordert er dazu auf, sich Gedanken darüber zu machen, wie mit

der aktuellen Situation umzugehen ist. Macht es Sinn, alles weiterzuführen wie bisher – weil es immer schon so gemacht wurde? „Die Medizin lief jahrzehntelang über die unentgeltliche Mehrarbeit des Arztes. Das verschwindet langsam. Auch, weil wir als Medizinleistungsanbieter gezwungen werden, uns an gesetzliche Vorgaben zu halten“, sagt Herth. Immerhin wird mittlerweile die Arbeitszeit akribisch erfasst. Vertraglich festgeschriebene Arbeitszeiten sind für ihn eine positive Entwicklung. Nur, warum sollten Ärzt:innen heute automatisch mehr Arbeitszeit für Ehrenämter aufwenden, als vertraglich festgehalten ist? Es braucht für ihn dafür mehr Anreize. Sei es, dass ein ärztliches Ehrenamt als Arbeitszeit anerkannt oder aber es entsprechend honoriert wird.

Als Beispiel dient ihm die Arbeit an Leitlinien. Während diese ressourcenintensive Arbeit in Deutschland zu großen Teilen ehrenamtlich organisiert ist, wird in Großbritannien ein anderer Weg verfolgt: Dort werden am National Institute for Health and Clinical Excellence angestellte Expert:innen für ihre Arbeit an Leitlinien staatlich

finanziert. Das bedeutet nicht, dass dies auch für das deutsche Gesundheitssystem passend oder erstrebenswert sei. Doch Felix Herth sieht die Gesundheitspolitik in der Pflicht, sich zumindest damit auseinanderzusetzen, wie – nicht nur – die Leitlinienarbeit in Zukunft qualitätssichernd gewährleistet werden kann. Ein weiterer Punkt, der ihm wichtig ist: Leitlinienarbeit ist noch immer klar männerdominiert. „Wir wissen inzwischen, dass die medizinische Versorgung geschlechtsspezifisch ist. Eine Frau mit einem Lungenproblem wird zum Beispiel anders behandelt als ihr Zwillingenbruder. Das muss sich in den Leitlinien widerspiegeln. Wenn diese aber hauptsächlich von ‚alten, weißen Männern‘ erarbeitet werden, wird Gendermedizin zu wenig berücksichtigt.“

Ärztinnen noch nicht sichtbar genug

Das ist ein Problem, das seit Jahren auch vom Deutschen Ärztinnenbund vorgetragen wird: Ärztinnen engagieren sich zwar häufig ehrenamtlich, sind aber noch immer nicht sichtbar genug. Das gilt

Anzeige

Gefahr erkannt – Gefahr gebannt

Wer ein Unternehmen leitet, muss sie haben: die Gefährdungsbeurteilung. Sie schützt Beschäftigte, schafft sichere und gesunde Arbeitsplätze. Die neue Online-Handlungshilfe der BGW führt Verantwortliche Klick für Klick durch den Handlungszyklus, um Gefährdungsbeurteilungen zu erstellen, zu bearbeiten und zu aktualisieren.



[www.bgw-online.de/
gefaehrungsbeurteilung-arztpraxen](http://www.bgw-online.de/gefaehrungsbeurteilung-arztpraxen)



Jetzt neu für
Arztpraxen

FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN

BGW
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege



Frauen sind auch im Ehrenamt in der Unterzahl, wenn es um die obersten Führungspositionen geht.

nicht nur bei der Ausarbeitung von Leitlinien. Vor allem sind sie in der Unterzahl, wenn es um die obersten Führungspositionen geht. Das gilt sowohl in Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Vereinen, Verbänden und Fachgesellschaften. Bei nur zwei von 17 Ärztekammern stehen Frauen an der Spitze, ähnlich sieht es bei den Kassenärztlichen Vereinigungen aus, wie Dr. Christiane Groß erläutert. Sie war von 2015 bis 2025 Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbunds, seit diesem September ist sie deren Ehrenpräsidentin. Christiane Groß führt das auf die Mehrfachbelastung von Ärztinnen zurück: Die ärztliche Arbeitszeit ist unregelmäßig und oft mit Nacht- und Wochenenddiensten belastet. Außerdem kümmern sich Frauen noch immer häufiger als ihre männlichen Kollegen um die Care-Arbeit, also die Pflege von Kindern und anderen Familienangehörigen. „Daraus entsteht ein Problem, das ich gern „den fehlenden weiblichen Blick“ nenne: Wenn Frauen nicht auf Probleme, die Frauen haben, hinweisen, werden diese auch nicht benannt, weil Männer sie nicht sehen“, so Groß.

Dem stimmt die amtierende Co-Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbunds, Jana Pannenbäcker, bei: „Gerade in der Berufspolitik ist es wichtig und sinnvoll, die Sichtweise der Ärztinnen in Entscheidungsprozesse einzubeziehen.“ Rahmenbedingungen und Prozesse mitzugestalten sei umso wichtiger bei Themen, die vor allem Frauen betreffen: „Zum Beispiel in der Regelung der Mutterschutzrichtlinien oder auch, um die Geschlechtersensibilität in der Medizin in die Weiterbildung mit einzubeziehen und so eine geschlechtersensible Diagnostik und Therapie als Standard und nicht als Ausnahme festzusetzen.“ Prof. Dr. Barbara Puhahn-Schmeiser, ebenfalls amtierende Co-Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbunds, sieht noch einen weiteren Nachteil, wenn Frauen weniger häufig ein Ehrenamt ausüben: „Ein ehrenamtliches Engagement

kann ein Türöffner für weitere Karriereschritte sein. Weniger Engagement bedeutet damit auch weniger Vernetzung, weniger Sichtbarkeit, weniger Einfluss.“

Um den Status quo zu ändern und mehr Frauen ins Ehrenamt zu bringen, sind nach Einschätzung des Deutschen Ärztinnenbunds verschiedene Dinge erforderlich: Zum einen braucht es ein Umdenken mit Blick auf die traditionellen Rollenbilder. „Die Erwartungshaltungen an Frauen müssen sich ändern. Es sollte zur Normalität gehören, dass auch Ärztinnen sich ehrenamtlich engagieren können, ohne jedes Mal kritisch gefragt zu werden, wer sich ums Kind kümmere“, so Jana Pannenbäcker. Bei einigen Ärztekammern sei das bereits aufgegriffen worden und bei Kammerversammlungen werde eine Kinderbetreuung angeboten. Außerdem plädiert Pannenbäcker für Freistellungen bei wichtigen ehrenamtlichen Terminen durch den Arbeitgeber. Doch auch die ehrenamtliche Gremienarbeit selbst stellt für Frauen noch strukturelle Hürden bereit: Mehrheitlich findet sie außerhalb der regulären Arbeitszeiten statt – abends oder am Wochenende. Für viele Ärztinnen sei das neben Beruf und Familie kaum leistbar, wie Barbara Puhahn-Schmeiser aufführt. Die Möglichkeit einer virtuellen Beteiligung durch hybride Sitzungen könnte hilfreich sein, um diese Barriere zu überwinden.

Seit Jahren setzt sich der Deutsche Ärztinnenbund dafür ein, dass mehr Frauen in der Gremienarbeit aktiv sind. „Hätte man eine Verpflichtung, dass ein gewisser Anteil von Frauen in den Vorständen vertreten sein muss, dann würde man auch Frauen finden – und man würde sich auch mehr darum bemühen“, sagt Christiane Groß. Unisono plädieren die Präsidentinnen für mehr Sichtbarkeit von Frauen in entscheidenden ehrenamtlichen Positionen, das bewusste Einnehmen von weiblichen Vorbildrollen und mehr Mentoring, um jungen Ärztinnen zu zeigen, dass ein Ehrenamt mit all seinen

„Die Medizin – wie auch viele andere Berufe – muss sich dramatisch verändern. Oder sie wird verändert.“

Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten auch für Frauen machbar und erstrebenswert ist.

Boomer-Plätze wollen besetzt werden

Das ist umso notwendiger, da die Generation der Boomer nach und nach in den Ruhestand gehen wird und die freiwerdenden Ehrenamtsplätze besetzt werden wollen. Es bleibt also noch viel Potenzial zu heben, um das ärztliche unbezahlte Engagement weiterhin stabil aufzustellen. In einem ohnehin schon angespannten Gesundheitssystem stellt das ein vielschichtiges Problem dar. Für Felix Herth steht deshalb fest, dass die Rahmenbedingungen auf verschiedenen Ebenen nachhaltig verbessert werden müssen, um das Arbeitspensum der Ärzt:innen zu entzerren. Unter anderem sieht er einen Ansatz durch mehr Transparenz der tatsächlichen Kosten, so dass Patient:innen der gesetzlichen Krankenversicherung bewusst wird, wie viel ärztliche Leistung eigentlich kostet. So könnten unnötige Arztbesuche – vor allem in Notambulanzen – vermieden werden. „Wir Mediziner müssen uns aber auch an die

eigene Nase fassen: Wir sind immer noch nicht bereit, ärztliche Leistungen wie das Impfen an nicht-ärztliche Berufsgruppen zu delegieren“, ergänzt er. Und auch: Künstliche Intelligenz wird in Zukunft viele organisatorische Aufgaben, die heute bis zu einem Drittel der Arbeitszeit von Ärzt:innen in Anspruch nehmen, meistern können. Warum sollte KI nicht auch eine erste Einschätzung von Patient:innen vornehmen können, damit diese wissen, ob ihr gesundheitliches Problem überhaupt ein Fall für Ärzt:innen ist? „Die Medizin – wie auch viele andere Berufe – muss sich dramatisch verändern. Oder sie wird verändert. Ich hätte es lieber, wenn der Samariterquotient so bleibt wie er ist. Dafür müssen aber auch der Rahmen geschaffen und neue Optionen ermöglicht werden, um das umsetzen zu können“, so Felix Herth. Es braucht mehr Impulse und unterstützende Strukturen, um ärztliches Engagement zu fördern. „Wenn die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen, aber auch das manchmal doch überalterte Denken der Ärzteschaft sich dafür allerdings nicht ändern, dann können wir das alles bald nicht mehr selbst proaktiv gestalten.“

Anzeige

GOÄneu

DIE SICHERHEIT

DER ABRECHNUNG BLEIBT!

Die PVS holding begleitet die Entwicklung der GOÄneu seit Langem – in enger Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer – und entwickelt praxisgerechte Lösungen für eine sichere Abrechnung. Mit fundiertem Fachwissen und starker Vernetzung sorgt sie für verlässliche Honorarsicherung und unterstützt Ärzte kompetent ab dem ersten Tag der GOÄneu.

IHR PARTNER FÜR DIE ZUKUNFT DER GOÄ-ABRECHNUNG!

➔ **Blieben Sie informiert!**
ihre-pvs.de/goaeneu

PVS holding
ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Hauptversammlung des Hartmannbundes

Verband diskutiert Zukunft der Versorgung

„Muss sich die Praxis neu erfinden?“ – Unter diesem Motto diskutierten in diesem Jahr die Delegierten der Hauptversammlung des Hartmannbundes die Herausforderungen in der Niederlassung in einem im Umbruch befindlichen Gesundheitssystem. Welche Rolle spielen Haus- und Facharztpraxen in künftigen Versorgungskonzepten? Wie attraktiv ist mit Blick auf die erkennbaren Perspektiven künftig (noch) die Niederlassung in eigenverantwortlicher Selbständigkeit? Welche Kooperationen oder Praxisformen bieten Voraussetzungen für attraktives Arbeiten. Und welche politischen Rahmenbedingungen braucht es, um die Praxen als tragende Säule der Versorgung zu sichern und zu stärken?

Die gesamtpolitische Ausgangssituation hatte der – **auf der Versammlung mit überwältigender Mehrheit im Amt bestätigte – Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt**, im Vorfeld der spannenden Expertendiskussion skizziert. Durch Rezession, dramatische Rückstände in der Infrastruktur, notwendige Investitionen in die Landesverteidigung, Fachkräftemangel und Nachteile im globalen Wettbewerb gerieten vor allem auch die sozialen Sicherungssysteme zunehmend unter Druck. „Mehr Geld ins System wird es deshalb nicht geben“, zeigte sich Reinhardt überzeugt. Bei den anstehenden Reformprojekten – von Krankenhausreform über das Primärversorgungssystem bis hin zur Notfallreform – gehe es deswegen vor allem um den effizienteren Einsatz vorhandener Ressourcen. Zu finanziellen Einsparungen würden die Reformen, zumindest kurz- bis mittelfristig, nicht führen. Der Hartmannbund-Vorsitzende erneuerte seinen Appell, Prävention höheres Gewicht zu verleihen. „Das ist hoch überfällig. Wir brauchen Gesundheitskompetenz schon im Kindergarten und in der Schule. Auf Tabak und Alkohol sind Abgaben überfällig“. Er mahnte abschließend an, auch in einer modernen, technikgetriebenen Welt, nicht das Ziel des Erhalts einer persönlichen, auf Beziehung gründenden individuellen Form der ärztlichen Behandlung und die Bedeutung des freien Berufes aus den Augen zu verlieren.

GOÄ zeitnah auf den Weg bringen

Auch **Gesundheitsministerin Nina Warken** machte als Gast der Hartmannbund-Versammlung deutlich, dass es auf die anstehenden grundlegenden Fragen keine einfachen Antworten geben werde. „Ein Weiter so darf es nicht geben. Der Handlungsdruck ist groß. Deutschland braucht es, Deutschland kann es“, sagte Warken. Bei der Krankenhausreform werde man noch intensiv über Geld reden müssen. Dies sei schwieriger als die Diskussion über Fristen. Sie appellierte an alle Beteiligten, dabei an einem Strang zu ziehen. Die Ministerin verteidigte ihre geplante Apothekenreform (wofür sie anschließend noch einmal Gegenwind vom Hartmannbund-Vorsitzenden erhielt), unterstrich die Notwendigkeit von Bürokratieabbau und kündigte ein Gesetz zum besseren Schutz von Gesundheitspersonal und Rettungskräften an – „auch durch Strafverschärfung“. Die geplante Einführung eines Primärarztsystems bezeichnete Warken als Paradigmenwechsel und thematisierte im Zusammenhang mit Steuerung auch mögliche „Sanktionen oder Boni“. Keinen Zweifel ließ die Ministerin im Zusammenhang mit den geplanten Gesetzesvorhaben an ihrem Willen, ärztliche Expertise umfänglich einzubinden. Wie bereits in den Tagen zuvor angedeutet, sagte Warken abschließend zu, die Verabschiedung einer neuen GOÄ nun zeitnah auf den Weg zu bringen und würdigte in



Herausforderungen und Lösungsansätze für die ambulanten Versorgungsstrukturen waren Thema der Diskussionsrunde.

Fotos: Florian Schuh

diesem Kontext „zehn Jahre intensive Arbeit der Vorbereitung“ durch Bundesärztekammer und PKV-Verband.

Ambulante Versorgungsstrukturen im Fokus

Nach einem spannenden analytischen Impuls des Vorsitzenden des Sachverständigenrates Gesundheit, Prof. Dr. Michael Hallek zur Lage des Gesundheitswesens (Fazit: Wir brauchen nicht mehr Geld, wir müssen sparsamer mit unseren Ressourcen umgehen. Wir haben genug Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung, aber die Leistungsfähigkeit des Systems wird durch zu hohe Fallzahlen verdünnt.) diskutierten Expert:innen Herausforderungen und Lösungsansätze für die ambulanten Versorgungsstrukturen. Ihr Fazit nach zwei Stunden:

Dr. Antonia Stahl (Niedergelassene Hausärztin mit Praxis und MVZ): Der Arztberuf macht Spaß. Gebt uns in der Niederlassung mehr Freiheit, dann machen wir das schon! Wir als Ärztinnen und Ärzte müssen diese Freiheit dann aber auch nutzen. Wir brauchen mehr Mut, Führung zu übernehmen.

Dr. Gertrud Demmler (Vorständin der SBK – Siemens Betriebskrankenkasse): Warum schaffen wir es nicht, die Dinge gemeinsam anzupacken? So laden wir immer wieder die Politik ein, uns Vorschriften zu machen.

Prof. Dr. Michael Hallek (Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit): Wir Ärzte müssen die Dinge gestalten. Sonst werden bei den Entwicklungen andere den Einfluss haben und uns herausdrängen.

Dr. Burkhard Ruppert (Vorstandsvorsitzender KV Berlin): Wir brauchen Klasse statt Masse. Das geht nicht ohne konsequente Koordinierung der Patientenwege und ein Ende der Budgetierung.

Linus Drop (LillianCare): Patientinnen und Patienten sind weiter bei Digitalisierung und offener für Delegation, als wir denken. Das müssen wir nutzen.

Thomas Czihal (Stellv. Vorsitzender Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung): Wir müssen jegliches medizinfremde Zeug aus den Praxen heraushalten. Nur dann können wir uns auf Versorgung konzentrieren.

Stipendien und Ehrungen

Die Stiftung des Hartmannbundes hat mit Unterstützung der SIGMA Bank zum neunten Mal das Hartmannbund-Stipendium an zwei Medizinstudierende vergeben – Hava Celik und Eldar Tuktarov. Das Stipendium ist eine Auszeichnung für sehr gute Studienleistungen und besonderes berufs- und sozialpolitisches Engagement während des Medizinstudiums.

Die Filmemacherin Antje Büll ist am Freitag im Rahmen der Hauptversammlung des Hartmannbundes mit dem diesjährigen Film- und Fernsehpreis für die NDR-Story „Hilfe, mein Krankenhaus stirbt! Was bringt die Reform?“ ausgezeichnet worden. Aus 29 eingesandten Beiträgen ist die bemerkenswerte Dokumentation von einer Fachjury ausgewählt worden.

Dr. Astrid Bühren, Dr. Peter Göbel, Dr. Claudia Kramer-Cannon und Dr. Volker Frey wurden mit der Plakette des Hartmannbundes ausgezeichnet. Sie ehrt Mitglieder und Mandatsträger, die sich durch erfolgreiche und unermüdliche berufsständische Arbeit und vorbildliche ärztliche Haltung besondere Verdienste um das Ansehen des Hartmannbundes und der deutschen Ärzteschaft erworben haben.



Der neue Vorstand des Hartmannbundes: Vorsitzender Dr. Klaus Reinhardt, stellv. Vorsitzende Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat sowie die Beisitzerinnen bzw. Beisitzer Klaus Rinkel, Dr. Thomas Lipp, Dr. Moritz Völker, Dr. Dr. Galina Fischer, Dr. Anna Finger und Dr. Thomas P. Ems



Die Stipendiaten Hava Celik und Eldar Tuktarov



NDR-Redakteurin Gabi Bauer hat stellvertretend für die Gewinnerin Antje Büll den Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes von Dr. Klaus Reinhardt entgegen genommen.



Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat sich auch für die Studierenden des Verbandes Zeit genommen.

Rückblick und Ausblick

2026 als Jahr grundlegender Reformen?

In den ersten Monaten gab es viel Kritik an Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU), sie lasse sich zu viel Zeit mit wichtigen Gesetzesvorhaben. Nur das Pflegefachassistenteneinführungsgesetz habe sie überhaupt schon zum Abschluss gebracht. Schon in der Sommerpause hat Warken das Tempo merklich erhöht, nun gibt es eine Kaskade an Gesetzgebungen, die sich in unterschiedlichen Stadien befinden.

Das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP genannt) hat Warken wegen des dort im Omnibus mitfahrenden Sparpakets zur Stützung des GKV-Beitragssatzes zunächst nicht über die Hürde des Bundesrates bringen können, der Vermittlungsausschuss wurde angerufen. Weitere für Ärzt:innen wichtige Gesetzgebungen sind im Gesetzgebungsverfahren oder auf dem Weg dorthin wie das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG), das Gesetz zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes, die Notfallreform oder das Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung.

Beim BEEP hat der Bundesrat zum Unmut von Nina Warken den Vermittlungsausschuss angerufen: zu einseitig und zu hoch war dem Bundesrat die Belastung der Krankenhäuser mit 1,8 Mrd. Euro im 2 Mrd. Euro umfassenden Sparpaket Warkens. Die gesetzlichen Krankenkassen kämpfen um jeden Prozentpunkt hinter dem Komma bei ihren Beitragssätzen: 2 Mrd. Euro bringen etwa 0,1 Prozent Entlastung. Alle Experten prognostizieren trotzdem und trotz des vom Bundesfinanzminister gewährten Darlehens von 2,3 Mrd. Euro für das Jahr 2026 steigende Beitragssätze bei den gesetzlichen Krankenkassen (vgl. dazu auch den Beitrag in dieser Ausgabe des HB-Magazins zur Reform der GKV).

Sektorenübergreifende Vernetzung

Der Bundesrat hat in seiner Novembersitzung außerdem einige, Ärzt:innen betreffende wichtige Entschlüsse gefasst. Aus den Entschlüssen sind für die Länder wichtige Themen zu schlussfolgern, die sie in Gesetzgebungen aufgenommen wissen wollen. Die Entschlüsselung des Bundesrates zur verbesserten Sicherstellung der Versorgung durch sektorenübergreifende Vernetzung an Krankenhausstandorten fordert eine enge Verknüpfung zum ambulanten Sektor. Aspekte dieser Entschlüsselung dürften in der anstehenden Notfallreform voraussichtlich schon Gegenstand politischer Forderungen werden. Die Bundesregierung solle den Aspekt der sektorenübergreifenden Vernetzung bei künftigen Entscheidungen umfassend einbeziehen mit der Begründung, dass eine zukunftssichere medizinische Versorgung bundesweit sichergestellt werden müsse, heißt es in der Entschlüsselung. Sogenannten Sicherstellungskrankenhäusern solle eine Institutermächtigung für den vollen Leistungsumfang eines jeweiligen Fachgebietes ohne Fallzahlbegrenzung für mindestens fünf Jahre erteilt werden, fordert der Bundesrat. Den Ländern würde hier, nach den Vorstellungen des Bundesrates, die Festlegung der Fachgebiete obliegen, die Landesausschüsse wären nur in Kenntnis zu setzen. Eine verpflichtende Ermächtigung solle in den Planungsbereichen mit drohender Unterversorgung, Unterversorgung und besonderem lokalen Versorgungsbedarf erteilt werden. Die Bundesregierung solle außerdem eine Regelung schaffen, durch die Krankenhäuser

mit Integrierten Notfallzentren hausärztliche Versorgungsaufträge erhalten dürfen, sofern keine Zulassungsbeschränkung bestehe. Perspektivisch werde es vor allem in dünn besiedelten Flächenländern Schwierigkeiten „bei der ärztlichen Besetzung des vertragsärztlichen Schenkels im Integrierten Notfallzentrum geben“, heißt es begründend. Hier könnten Krankenhäuser mit eigenen Arztsitzen Allgemeinmediziner:innen oder hausärztliche Internist:innen anstellen und zugleich die vorhandenen Räumlichkeiten auch außerhalb der klassischen Notdienstzeiträume nutzen.

Die Gesetzgebung zur Notfallreform befindet sich noch im Anfangsstadium, abgeschlossen wird sie erst im kommenden Jahr. Viele Reformelemente sind vom Grundsatz her schon aus den vorliegenden Entwürfen der vorhergehenden Legislaturperioden bekannt. Ein Herzstück der Notfallreform sollen die Integrierten Notfallzentren (INZ) bilden, hier ist die genaue Ausgestaltung aber unklar. Die 116 117, die Rufnummer der Terminservice-Stellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, soll zu einer zentralen Akutleit-Struktur weiter entwickelt werden. Der Rettungsdienst soll als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankert werden, bislang wurden die Leistungen des Rettungsdienstes als Fahrtkosten abgerechnet. Betrieben wurde diese u. a. von den Kommunen – die Strukturen sind hier sehr heterogen. Das macht eine Reform in diesem Bereich so problematisch. Neben zentralen und teils auch dissidenten Finanzierungsfragestellungen bei der Notfallreform gibt es beispielsweise auch sehr unterschiedliche Vorstellungen inwieweit die Vertragsärzte innerhalb der Praxisöffnungszeiten in die Notdienststruktur eingebunden werden. Auch herrschen verschiedene Vorstellungen darüber, inwieweit in die ambulante Struktur zu den Praxisöffnungszeiten gegebenenfalls eine Zuleitung von Akut-Patienten erfolgen soll oder diese nur in den INZ behandelt werden. (Das HB-Magazin 3/2025 gibt ausführlich zu Aspekten einer Notfallreform Auskunft, auch zur Auffassung der Bundesärztekammer.)

Bedenken beim Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz

Das Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz – ApoWG enthält aus Sicht der Ärzteschaft erhebliche problematische Regelungen. Im Rahmen pharmazeutischer Dienstleistungen sollen unter anderem Präventionsleistungen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und weiteren tabakassoziierten Erkrankungen durch Apotheker:innen angeboten werden können. Die Impfbefugnis der Apotheken soll auf alle Schutzimpfungen mit Totimpfstoffen ausgeweitet werden. Der Arztvorbehalt für die Durchführung patientennaher Schnelltests bei der Anwendung von In-vitro-Diagnostika sowohl in Apotheken als auch in zugelassenen Pflegeeinrichtungen teilweise aufgehoben werden. Bestimmte



Ein Herzstück der Notfallreform sollen die Integrierten Notfallzentren (INZ) bilden, hier ist die genaue Ausgestaltung aber unklar.

verschreibungspflichtige Arzneimittel sollen künftig ohne ärztliche Verordnung im Rahmen der Anschlussversorgung oder bei „akuten, unkomplizierten Formen“ bestimmter Erkrankungen in der Apotheke abgegeben werden können. Die Regelungen stünden nicht im Einklang mit einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung, kritisiert die Bundesärztekammer unter anderem und könnten sogar zur Gefährdung der Patientensicherheit führen. Die ärztlichen Kernkompetenzen seien auch bei vermeintlich unkomplizierten Erkrankungen zwingend erforderlich, um eine fundierte Beurteilung vorzunehmen und ein Arzneimittel indikationsgerecht zu verordnen. Apotheker:innen seien aus Sicht der BÄK dafür nicht ausreichend qualifiziert, denn diese Kompetenzen sind nicht Teil der pharmazeutischen Ausbildung. Das gelte auch für die Abgabe von Arzneimitteln bei chronischen Erkrankungen. Pharmazeutische Dienstleistungen, die nicht in ein stimmiges, evidenzbasiertes Gesamtkonzept einer präventionsorientierten, multiprofessionellen Versorgung eingebunden sind, würden keine positiven Effekte erzielen können. Auch die Erweiterung der Impfmöglichkeiten durch die Apotheken lehnt die Bundesärztekammer ab. Das Impfen sei zu den ärztlichen Vorbehaltsaufgaben zu zählen und bedürfe der ärztlichen Qualifikation.

Medizinalcannabis, Arzneimittel, Digital-Gesetzgebungen, GKV-Reform

Medizinalcannabis ist ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel und kein Produkt zu reinen Genusszwecken. Der massive Zuwachs der Importe von Cannabis sowie die Verwaltungspraxis im Internet ohne jeglichen persönlichen ärztlichen Kontakt erforderten politisches Handeln, erklärt die Bundesgesundheitsministerin. Der Einsatz von Cannabis aus medizinischen Gründen müsse regelhaft in einem persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient abgeklärt werden. Der professionalisierte Verordnungsmissbrauch über das Internet soll mit dem Gesetz zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes unterbunden werden.

Auch der Bereich der Arzneimittel, insbesondere das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, soll reformiert werden, ebenso soll es weitere Digital-Gesetzgebungen geben. Fügt man noch die derzeit tagenden Kommissionen zur Reform der GKV, der Pflegeversicherung und zum Primärarzt- bzw. Primärversorgungssystem zum Gesamtbild hinzu, gibt es nahezu keinen großen Bereich im Gesundheitssystem, der nicht einer grundlegenden Reform in naher Zukunft unterzogen wird. Das Jahr 2026 hat deshalb alle Chancen als „das Reformjahr“ in die neueste Geschichte einzugehen.

Der Angang zu grundlegenden Reformen in der GKV

Mehr Effizienz in allen Bereichen

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht unter hohem finanziellen Druck. Die Einnahmen decken die Ausgaben nicht mehr. Der jährliche Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. Euro aus Steuermitteln reicht nicht mehr, um den exorbitanten Beitragssatzanstieg gesetzlicher Krankenkassen zu verhindern. Die magische Marke einer Begrenzung der Lohnnebenkosten auf 40 Prozent ist schon gerissen. Die Belastung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern hat eine Tragfähigkeitsgrenze erreicht, im Durchschnitt werden 17,5 Prozent allein für die Krankenkasse vom Lohn bezahlt. Betroffen von dieser Entwicklung sind alle Ärzt:innen: Die GKV-Finanzierung hat existentielle Auswirkungen auf die Vertragsarztpraxen sowie die Krankenhäuser.

Als Ursachen der negativen Finanzentwicklung werden die steigenden Ausgaben vor allem für Krankenhäuser, aber auch Arzneimittel und Ausgaben für Ärzte seitens der Krankenkassen genannt. Zusätzliche Gründe wären der demografische Wandel, teure medizinische Innovationen, neue Leistungen sowie die gesetzlich notwendige Aufstockung von Kassen-Rücklagen und die unzureichende Beitragsfinanzierung der Bürgergeldempfänger. Jährlich subventionieren die Beitragszahler der GKV die Beiträge der Bürgergeldempfänger mit über 10 Mrd. Euro.



Zum November wurden die durchschnittlichen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen auf 2,9 Prozentpunkte festgelegt

Das GKV-Finanzierungs-System soll grundlegend reformiert werden, eine so titulierte „FinanzKommission“ zur Erarbeitung entsprechender Vorschläge ist eingesetzt. Einhergehend wird an dem Konzept eines „verbindlichen Primärarztsystems“, wie es im Koalitionsvertrag formuliert wurde, für den ambulanten Bereich gearbeitet. Mittlerweile wird hier von einem Primärversorgungssystem gesprochen, da auch andere Gesundheitsberufe wie die Pflege stärker in die Behandlung von Patient:innen eingebunden werden sollen. Die große Krankenhausreform der letzten Legislaturperiode wird aktuell nochmals überarbeitet. Die Notfallreform ist avisiert. Die große Überschrift über den Reformvorstellungen der schwarz-roten Koalition lautet: Mehr Effizienz in allen Bereichen.

Sparmaßnahmen geplant

Konsens zwischen CDU, CSU und SPD ist es, die Finanzmittel der GKV dahingehend einzufrieren, dass das Gesundheitssystem künftig mit den derzeitigen finanziellen Mitteln auskommen soll, die Prognose für die GKV-Ausgaben 2025 liegt bei 341,4 Mrd. Euro. Um den GKV-Beitragssatz stabil zu halten, hat Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) zum 1. November den sogenannten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der Krankenkassen auf 2,9 Prozentpunkte festgelegt. Der von allen Krankenkassen erhobene allgemeine Beitragssatz liegt bei 14,6 Prozent. Der Zusatzbeitrag wird von jeder Krankenkasse zwar in individueller Höhe zusätzlich erhoben, der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist aber trotzdem eine Richtgröße, die vor allem im Kassenwettbewerb eine große Rolle spielt. Allerdings sind bei dieser Festlegung nicht die zu niedrigen Rücklagen der Krankenkassen berücksichtigt worden, sodass der Durchschnitt eher bei 3,1 Prozentpunkten liegen dürfte. Damit läge der durchschnittliche Beitragssatz für die GKV de facto in der schwindelerregenden Höhe von 17,7 Prozent in 2026. Zusätzlich hat die Bundesregierung mit zwei Darlehen von jeweils 2,3 Mrd. Euro in 2025 und 2026 gestützt. Und es sind Sparmaßnahmen von 2 Mrd. Euro eingeplant, die besonders die Krankenhäuser mit 1,8 Mrd. Euro treffen könnten, wenn die Länder dem nicht noch in letzter Minute einen Riegel vorschieben.

Wie könnte ein grundlegender Reformweg aussehen?

BÄK-Präsident und HB-Vorsitzender Klaus Reinhardt schlägt vor, einen von den wesentlichen Akteuren im Gesundheitswesen und der Politik breit getragenen Solidarpakt zu schmieden. Zunächst sollten laut Reinhardt kurzfristige Maßnahmen umgesetzt werden. Hier geht es u. a. um eine vollständige Refinanzierung der versicherungsfremden Leistungen (insbesondere Bürgergeldempfänger) oder auch eine moderate Anpassung der Selbstbeteiligungen bei Arzneimitteln und Krankenhausbehandlungen. Mittelfristig solle eine praxistaugliche Umsetzung der Krankenhausreform, die Neuordnung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes, der Aufbau eines intelligenten Primärversorgungssystems mit digitalen Steuerungsinstrumenten sowie eine umfassende Reform der Arzneimittelpreisbildung auf Basis der Vorschläge des Sachverständigenrates Gesundheit erfolgen. Langfristig sei die Krankheitslast durch einen Neuaufbruch bei der Prävention zu reduzieren, u. a. die Erhöhung der Steuern auf Nikotin, Alkohol und Zucker. Daneben sollten Programme zu Prävention, Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung geschaffen werden.

Psychische Gesundheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen

Aufrüttelnde WHO-Studie mit sieben Handlungsempfehlungen

Ärzt:innen und Pflegekräfte in Europa arbeiten unter Bedingungen, „die ihrer psychischen Gesundheit und ihrem Wohlbefinden schaden“. Darauf weist eine im Oktober 2025 veröffentlichte Studie „Mental Health of Nurses and Doctors (MeND)“ hin. Das Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Europa hat die Analyse mit Unterstützung der Europäischen Kommission in der Europäischen Union, Island und Norwegen durchgeführt.

Der Studie nach führen unsichere Arbeitsbedingungen – lange Arbeitszeiten und Schichtarbeit bis hin zur Gewalt – durch unzureichende Unterstützung bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen häufig zu Stressbelastung, Angstzuständen und Depressionen. Die WHO skizziert sieben „dringende politische Maßnahmen“, die ihrer Ansicht nach bereits jetzt umgesetzt werden könnten, um die Organisationskulturen zu verändern und die Arbeitsbedingungen zu verbessern. „Auch ohne zusätzliche Mittel“ wie betont wird. Der Bericht ist Teil der WHO-Initiative „Bewältigung psychischer Gesundheitsprobleme in der EU, Island und Norwegen“.

Angstzustände und Depressionen

Laut den Ergebnissen der Studie berichtet jeder dritte Arzt und jede dritte Pflegekraft (32 %) über Symptome von Depressionen oder Angstzuständen, 3 % wiesen Anzeichen einer wahrscheinlichen Alkoholabhängigkeit auf. Über 10 % der Ärzt:innen und Pflegekräfte gaben an, Selbstmordgedanken oder Selbstverletzungsgedanken zu haben. Die Prävalenz von Angstzuständen und Depressionen variiere deutlich zwischen den Ländern, wobei die Prävalenz von Depressionen zwischen 15 % und 50 % der befragten Arbeitnehmer lag. Ärzte und Krankenschwestern litten fünfmal häufiger als die allgemeine Bevölkerung unter Symptomen von Depressionen (32 % gegenüber 6 %). In Deutschland lag der Wert bei 26 %. Von Angstzuständen berichteten 20 % der Ärztinnen und Ärzte wie auch Pflegekräfte.

„Besonders schwerwiegend“ sei, wenn Beschäftigte Gewalt, Belästigung und Mobbing ausgesetzt seien. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung klagten sie bis zu doppelt so häufig über psychische Probleme, erklärte Dr. Hans Henri P. Kluge, WHO-Regionaldirektor für Europa. Ein Drittel aller Ärzte und Pflegekräfte erlebte laut Report im Jahr 2024 Mobbing oder gewalttätige Drohungen am Arbeitsplatz, und 10 % erlebten körperliche Gewalt oder sexuelle Belästigung. Die Prävalenz von Depressionen lag bei Arbeitnehmern, die Mobbing ausgesetzt waren, bei 48 %, verglichen mit 22 % bei denjenigen, die nicht Mobbing ausgesetzt waren.

Strukturelle Faktoren wie befristete Beschäftigungsverhältnisse und verlängerte Arbeitszeiten schienen ebenfalls Einfluss auf die Prävalenzrate von Depressionen zu haben. So lag die Prävalenz von Depressionen bei 29 % unter denjenigen, die weniger als 50 Stunden pro Woche arbeiteten, und bei 39 % unter denjenigen, die mehr als 50 Stunden arbeiteten. Ein Viertel aller Ärzt:innen arbeitete mehr als 50 Stunden pro Woche.

In dem Bericht wird darauf hingewiesen, dass bestimmte Schutzfaktoren am Arbeitsplatz in engem Zusammenhang mit einem geringeren Auftreten von Depressionen und Angstzuständen stehen. Psy-



Über 10 % der Ärzt:innen und Pflegekräfte haben Selbstmordgedanken oder Selbstverletzungsgedanken.

chische Probleme würden bei Ärzten und Pflegekräften, die häufig soziale Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten erhielten, nur halb so häufig auftreten (17 % gegenüber 51 % bei denen ohne soziale Unterstützung). Auch ein größerer Einfluss auf die Arbeit und eine bessere Work-Life-Balance würden mit einer deutlich geringeren Prävalenz von Depressionen und Angstzuständen einhergehen.

Viele wollen Beruf wechseln

„Die Förderung der psychischen Gesundheit unseres Gesundheitspersonals ist nicht nur richtig, sondern für die Zukunft des Gesundheitswesens in der Europäischen Region auch unerlässlich“, bekräftigte Kluge. Zwischen 11 % und 34 % der Beschäftigten im Gesundheitswesen hätten angegeben, dass sie darüber nachdenken würden, ihren Beruf aufzugeben. „Dies kommt zu einer Zeit, da der Europäischen Region ohnehin bis 2030 nach Prognosen 940.000 Fachkräfte im Gesundheitswesen fehlen werden“, so der WHO-Regionaldirektor. Er gab sieben politische Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen:

- Null-Toleranz-Ansatz gegenüber jeglicher Art von Gewalt
- Verbesserung der Planbarkeit von Schichtarbeit
- Beendigung der „Kultur der Arbeit bis zur Erschöpfung“
- Bewältigung der übermäßigen Arbeitsbelastung durch eine intelligente Personalgewinnung und eine langfristige Personalplanung sowie eine gezielte Nutzung digitaler Technologien wie KI
- Schulung von Führungskräften im Gesundheitsbereich im Umgang mit psychischer Belastung
- Zugang zu niedrigschwelliger psychologischer Unterstützung
- Regelmäßiges Monitoring über das Wohlbefinden des Gesundheitspersonals

Entlastung in Aussicht

Ein neues Gesetz erlaubt der Pflege mehr Eigenständigkeit

Die Kompetenzen von Pflegekräften sollen künftig stärker als bisher genutzt werden. Das sieht der am 6. November 2025 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Gesetzentwurf zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege der Bundesregierung vor. Neben einer Entlastung von bürokratischen Aufgaben intendiert der Gesetzentwurf für Pflegekräfte, dass sie – je nach Qualifikation – bestimmte Aufgaben eigenverantwortlich übernehmen können, die bislang Ärzt:innen vorbehalten waren. Damit verbindet die Bundesregierung auch die Erwartung, auch die ärztliche Versorgung zu entlasten.

Der Entwurf umfasst auch weitere Regelungen unter anderem zur Stärkung des vertragsärztlichen Notdienstes und zu Ausnahmen bei der Befüllungspflicht der elektronischen Patientenakte (ePA). Darüber hinaus wurde der Entwurf innerhalb des Gesetzgebungsverfahrens durch einige fachfremde Regelungen ergänzt – insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen. In einer Stellungnahme mahnt die Bundesärztekammer (BÄK), dass die Befugnisserweiterung in der Pflege nicht die Grenze der ärztlichen Kernkompetenz überschreiten dürfe. Die BÄK weist außerdem auf haftungsrechtliche Auswirkungen hin.

Kernanliegen des Gesetzes bleibt der langfristige Umbau der Pflegestrukturen in Deutschland und der Ausbau der Befugnisse des Pflegefachpersonals zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung, um das Berufsbild Pflege attraktiver zu machen. „In einer alternden

Gesellschaft müssen wir in der Pflege für gute Arbeitsbedingungen sorgen, um mehr Menschen für den Beruf zu begeistern“, bekräftigt Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) anlässlich des Beschlusses des Bundestages am 6. November 2025. Deshalb wolle man den Jobeinstieg erleichtern. „Und wir wollen Pflegekräfte halten, indem wir ihre Kompetenzen besser nutzen. Motivieren sollen sie zusätzlich unsere Pläne zum Bürokratieabbau. Jede Minute, die sich eine Pflegekraft nicht mit Formularen beschäftigt, ist eine gewonnene Minute für ihre Pflegebedürftigen“, so die Ministerin.

Mehr Kompetenz durch Weiterbildung

Pflegefachpersonen sollen nun nach Feststellung einer Erkrankung durch den Vertragsarzt, den weiteren Behandlungsverlauf eigenverantwortlich begleiten können. Außerdem erhalten Pflege-

fachpersonen die Möglichkeit, bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung auch ohne eine ärztliche Diagnose zu erbringen, wenn sie den pflegerischen Bedarf im Rahmen einer pflegerischen Diagnose festgestellt haben. Voraussetzung für diese Befugnisse seien heilkundliche Kompetenzen, wie das Bundesgesundheitsministerium (BMG) erklärt, die Pflegefachpersonen schon immer durch die dreijährige Ausbildung oder durch das primärqualifizierende Pflegestudium erworben hätten sowie heilkundliche Kompetenzen in den Bereichen Diabetes, Wundmanagement und Demenz, die seit 2025 im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung regelhaft mit vermittelt würden. Darüber hinaus sollen entsprechende Kompetenzen auch über bundeseinheitliche, staatlich anerkannte Weiterbildungen vermittelt werden können.

Die Selbstverwaltung legt unter Beteiligung der Pflegeberufsverbände fest, welche Leistungen nach einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung und welche Leistungen nach einer pflegerischen Diagnose durch die Pflegefachperson erbracht werden können, wobei auch abweichende Vorgaben für einzelne Versorgungsbereiche getroffen werden können. Zur weitergehenden fachlichen Klärung soll wissenschaftlich eine Aufgabenbeschreibung für berufliche Pflege, auf Grundlage ihrer Kompetenzen, erarbeitet („Scope of Practice“) werden. Flankierend soll die Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene einheitlich geregelt und damit gestärkt werden. Um Leistungen durch Pflegefachpersonen, die bislang Ärzt:innen vorbehalten waren, schneller in die Fläche zu bekommen, wurden zudem die Fristen verkürzt, innerhalb derer die Selbstverwaltung bestimmen muss, welche ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen übertragen werden.

Effiziente Patientenversorgung im Fokus

Die Bundesärztekammer erklärte in einer Stellungnahme innerhalb des Gesetzgebungsverfahrens, grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers zu unterstützen, wies jedoch unter anderem auf Auswirkungen auf das Haftungsrecht hin. Entscheidend sei, dass Ärzt:innen und Pflegefachpersonen ihre Zusammenarbeit, insbesondere im Bereich klar definierter heilkundlicher Aufgaben, kompetenzorientiert und teambasiert im Sinne einer effizienten Patientenversorgung gestalten würden. Unter dieser Voraussetzung könnte es laut BÄK zu einer „spürbaren Entlastung“ kommen. Ärzt:innen könnten ihre Kapazitäten verstärkt auf komplexe und originär ärztliche Tätigkeiten konzentrieren. In haftungsrechtlicher Hinsicht bedeute dies, dass sie nicht mehr für Leistungen verantwortlich gemacht werden könnten, die Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer eigenständigen Zuständigkeit und auf Grundlage ihrer Qualifikation erbrächten. Die Verantwortlichkeit liege in Zukunft bei der eigenständig handelnden Pflegefachperson. Die BÄK hob zudem hervor, dass es bei der Entwicklung, Begründung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben und der grundsätzlichen Zuschreibung von entsprechenden Kompetenzen zu Qualifikationsgraden erforderlich sei, im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit die ärztliche Perspektive systematisch einzubeziehen.

Gefährdung des Notdienstes?

Der Gesetzesbeschluss enthält neben den Regelungen zur Pflege auch Regelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen. So sollen die Strukturen des vertragsärztlichen Notdienstes durch klarere gesetzliche Regelungen und eine verlässliche Finanzierung gestärkt werden. Seit einiger Zeit wird die Tätigkeit von sogenannten Poolärzt:innen im vertragsärztlichen Notdienst vermehrt nicht mehr als selbstständige und sozialversicherungsfreie Tätigkeit

bewertet, sondern als Beschäftigung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen befürchten, wie im Gesetzentwurf ausgeführt wird, dass bei einer Einstufung als Beschäftigung zukünftig nicht mehr genug Poolärzt:innen bereit seien, sich am vertragsärztlichen Notdienst zu beteiligen. Dies gefährde die Aufrechterhaltung des Notdienstes in seinem bisherigen Umfang. Neben den direkten negativen Auswirkungen auf die Versorgung komme es dann auch zu einer deutlichen Mehrbelastung der Notaufnahmen an Krankenhäusern. Eine „Klarstellung“ im Gesetz soll nun sicherstellen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen über eine hinreichende Gestaltungshoheit verfügen, ihren vertragsärztlichen Notdienst inhaltlich so auszugestalten, dass die Voraussetzungen für eine selbstständige Tätigkeit erfüllt sind. Der Hinweis auf die Zulässigkeit der Gewährung einer Sicherstellungspauschale an Ärzt:innen unabhängig von der tatsächlichen Vergütung soll dabei dem Bedürfnis Rechnung tragen, den Sicherstellungsauftrag auch in ländlichen und dünn besiedelten Gebieten sicherzustellen.

Die BÄK kritisierte, dass sich die Regelung nur auf einen Teilaspekt im Rahmen der Vertragsarztzulassung zum Notdienst beschränke und nicht hinreichend den darüberhinausgehenden Einsatz von Poolärzt:innen im Rahmen des ambulanten ärztlichen Notdienstes berücksichtige. Sie forderte, dass auch diese mitberücksichtigt würden. Außerdem hält die Bundesärztekammer vor dem Hintergrund aktueller Rechtsprechung gesetzliche Klarstellungen zur Sozialversicherungspflicht auch im Rahmen sektorenübergreifender Kooperationen für erforderlich.

Ausnahmen bei der Digitalisierung

Im Bereich Digitalisierung sieht der Gesetzesbeschluss bei der elektronischen Patientenakte (ePA) Ausnahmen von der Verpflichtung zur Befüllung vor, wenn erhebliche therapeutische Gründe oder Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung haben Leistungserbringer nachprüfbar in ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren.



Anzeige

ETL | ADVISION

Steuerberatung im Gesundheitswesen

TAX-TIPP

von Stefan Barsch

Steuerberater und Branchenleitung
Ärzte und Zahnärzte

Mit unseren Steuertipps sparen Sie
bares Geld – alle 2 Wochen neu.

Scannen lohnt sich.
Ihr nächster Steuertipp wartet.

Beschleunigung der Anerkennung von Berufsqualifikationen

Den „Hürdenlauf“ ausländischer Ärzt:innen beenden

Aufgrund des demografischen Wandels werden sich Fachkräftengpässe weiter verschärfen. Die Bundesregierung will mit einem geplanten Gesetz „zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen“ durch den Abbau von bürokratischen Hürden dem Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich begegnen, das sie im Oktober auf den Weg ins parlamentarische Verfahren gebracht hat. (Zahn)Ärzt:innen, Apotheker:innen sowie Hebammen sollen dadurch zügiger eine Berufstätigkeit in Deutschland aufnehmen können. Abstriche bei den hohen Standards an Patientensicherheit und Versorgungsqualität soll es dabei nicht geben. Die fachlichen Anforderungen werden nicht reduziert.



Der Bürokratie soll ein Ende gesetzt werden, ohne die Qualitätsanforderungen zu schmälern.

In einem Positionspapier zu „Anerkennungsverfahren für in Drittstaaten erworbene Abschlüsse von Ärztinnen und Ärzten“ hebt die Bundesärztekammer (BÄK) hervor, dass das deutsche Gesundheitssystem auf Fachkräfte aus dem Ausland „dringend angewiesen“ sei. Allein im Jahr 2024 hätten die 17 Landesärztekammern in Deutschland 5.383 Kolleg:innen als Mitglieder aufgenommen, die nicht über die deutsche Staatsbürgerschaft verfügten. „Ohne sie könnte das hohe Niveau der Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht aufrechterhalten werden“, unterstreicht die BÄK. Vielen Ärzt:innen erscheine das Verfahren zur Anerkennung ihrer Qualifikationen jedoch als „kaum überwindbare Hürde“. Nicht selten dauerten diese Verfahren aus unterschiedlichen Gründen ein Jahr und mehr.

Kenntnisprüfung statt Papierkrieg

Mit dem Entwurf sollen nach den Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) die Anerkennungsverfahren vereinheitlicht und digitalisiert werden. „Wir wollen jetzt eine Kenntnisprüfung einführen, die schneller gehen soll und mit dem dann der oder diejenige Interessentin in der Praxis zeigen kann, dass er und sie den Beruf gut ausüben kann“, erklärt Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) bei der Vorstellung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung. „Davon versprechen wir uns ein beschleunigtes Verfahren, eine Entlastung der zuständigen Stellen und einen schnelleren Zugang zu uns in die Versorgung, wo dringend Fachkräfte benötigt werden“.

Weiterhin soll nach dem Gesetzentwurf unter anderem als Alternative zur schriftlichen Übermittlung auch eine elektronische Übermittlung (z. B. Datenaustausch zwischen Behörden) sowie als Alternative zur Schriftform auch die elektronische Form (z. B. Verzicht auf die Approbation) zulässig sein. Um einen rechtssicheren Informati-

onsaustausch zwischen den Ländern zu gewährleisten, sollen Regelungen eingeführt werden, die den Ländern untereinander die Klärung ermöglichen, bereits bestehende Verfahren auf Erteilung einer Approbation oder einer Erlaubnis zur Berufsausübung zu überprüfen. Die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs beziehungsweise der Zahnheilkunde soll außerdem in Ausnahmefällen künftig auch unbefristet erteilt werden können. „Diese Möglichkeit schaffe Rechtssicherheit für die betroffenen Personen und die zuständigen Behörden – etwa im Falle einer vorliegenden Erkrankung, die der Approbationserteilung im Wege stehe – und trage zudem höchstrichterlicher Rechtsprechung Rechnung“, erklärt das BMG. Mit dem Gesetzentwurf würden zudem die rechtlichen Voraussetzungen hinsichtlich der Möglichkeit einer partiellen Berufserlaubnis für den ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Beruf geschaffen.

Beschleunigung, Effizienz und Sorgfalt

Laut Bundesärztekammer ist es wichtig, die Anforderungen des Anerkennungsverfahrens transparent und damit nachvollziehbar zu gestalten und an den geeigneten Stellen zu verschlanken, damit ein kurzes Verfahren als Maßstab etabliert werden könne. „Ein transparentes, effizientes und sorgfältiges Anerkennungsverfahren stärkt die Integration von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland, indem es ihre fachliche Kompetenz nachvollziehbar bestätigt. Es schafft Vertrauen und trägt wesentlich zur Patientensicherheit bei“, betont Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer. Ein effektives und effizientes Anerkennungsverfahren, soweit es mit einer neuen Kenntnisprüfung als Regelfallprüfung ausgestaltet werde, müsse in jedem Fall die nötige Sorgfalt gewährleisten. Verfahrenskürzungen dürften nicht zu Lasten der Patientensicherheit und der geltenden Qualitätsanforderungen gehen.

An die Bedürfnisse der Praxen anpassen

ePA-Erfolg hängt von kontinuierlichen Verbesserungen ab

Seit Oktober ist es für Arztpraxen, Kliniken und Apotheken verpflichtend, die elektronische Patientenakte (ePA) zu nutzen. Jüngste Ergebnisse des KBV-PraxisBarometers Digitalisierung zeigen, dass viele Praxen einzelne Funktionen positiv bewerten, wie etwa die Medikationsliste. Der damit verbundene Aufwand wird aber von einer Mehrheit zugleich als hoch eingeschätzt. Technische Probleme und Unterschiede zwischen den Praxisverwaltungssystemen (PVS) beeinflussen die Zufriedenheit zusätzlich. Die ePA müsse sich zu einem lernenden System entwickeln, das sich stetig verbessere und an die Bedürfnisse der Praxis anpasse, betonte BÄK-Präsident und HB-Vorsitzender Dr. Klaus Reinhardt, zum ePA-Start.

Schon am 29. April 2025 hatte die Einführung der ePA für alle Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäuser begonnen. Ab dem 1. Oktober 2025 sind diese nun gesetzlich verpflichtet, die ePA mit den Gesundheitsdaten ihrer Patient:innen zu befüllen. Laborergebnisse, Befunde aus bildgebender Diagnostik sowie Arztbriefe und Entlassdokumente aus Kliniken müssen dort gespeichert werden. Niedergelassene Ärzte, die dieser Pflicht nicht nachkommen, müssen ab Januar mit Sanktionen rechnen, Krankenhäuser ab März.

Nach gematik-Zahlen vom 30. Oktober ist die Verwendung der ePA in diesen ersten vier Wochen der verpflichtenden ePA-Nutzung in Apotheken und Krankenhäusern weiter angestiegen. 17,4 Millionen Abrufe von Medikationslisten seien in der letzten Oktoberwoche verzeichnet worden. In der letzten Septemberwoche hingegen seien es noch 12,6 Millionen gewesen. Seit Start hätten 130.000 von 160.000 (Zahn-)Arztpraxen, psychotherapeutischen Praxen, Apotheken und Krankenhäuser auf Patientenakten zugegriffen. Das entspreche 81 % der Einrichtungen in Deutschland. Insgesamt gebe es bislang mindestens 37 Mio. Dokumenten-Uploads. Im Schnitt kämen wöchentlich etwa 2,6 Millionen hinzu.

Häufige Störungen

Nach einer vom Berliner IGES-Institut für das KBV-PraxisBarometer Digitalisierung durchgeführten Befragung berichten noch immer mehr als die Hälfte der Praxen von täglichen (2024: 15 %, 2025: 14 %) oder wöchentlichen Störungen (2024: 43 %, 2025: 41 %) der Telematikinfrastruktur (TI). „Die TI muss stabil laufen. Ärztinnen und Ärzte brauchen verlässliche Strukturen mit klaren Verantwortlichkeiten“, forderte KBV-Vorstandsmitglied Dr. Sibylle Steiner zur Veröffentlichung der Ergebnisse Mitte Oktober.



Die Zufriedenheit hängt auch stark vom genutzten Praxisverwaltungssystem (PVS) ab.

Die Zufriedenheit mit der Umsetzung und Nutzbarkeit bei der ePA hängt aber auch stark vom genutzten Praxisverwaltungssystem (PVS) ab. So sind bei einem von fünf untersuchten PVS 23 % sehr zufrieden, 36 % teils, teils und 41 % eher oder sehr unzufrieden, hat die IGES-Untersuchung ergeben. Bei einem anderen der PVS sind hingegen 73 % sehr zufrieden, 25 % teils, teils und 13 % eher oder sehr unzufrieden. Ein Wechsel des PVS ist laut KBV jedoch mit großem Aufwand verbunden. „Hier brauchen die Praxen mehr Transparenz, eine durch kostenfreie Interoperabilität verbesserte Datenportabilität sowie finanzielle Anreize, damit ein solcher Wechsel möglich ist“, so Steiner.

Übergangsregelungen notwendig

BÄK-Präsident Reinhardt wies anlässlich des verpflichtenden ePA-Starts in den Praxen zudem auf ein Problem bei den ausstehenden Zulassungen bestimmter PVS hin. Ab Januar dürften Ärztinnen und Ärzte nur noch Systeme nutzen, die ePA-kompatibel seien. Einige kleine Anbieter hätten diesen Nachweis bislang noch nicht erbracht. „Es wäre völlig absurd, wenn Ärztinnen und Ärzte wegen technischer Versäumnisse ihrer Softwareanbieter ihre Versorgungstätigkeit aufgeben müssten. Deshalb brauchen wir Übergangsregelungen, die Praxen vor einem Abrechnungsausschluss schützen“, forderte er.

Damit die ePA ein Erfolg wird, muss sie Reinhardts Ansicht nach in der Praxis kontinuierlich besser werden. „Wir brauchen ein unkompliziertes Meldesystem, über das Ärztinnen und Ärzte direkt aus ihrem Behandlungsalltag Feedback an die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen und Krankenhausinformationssystemen geben können. Auf diese Weise kann sich die ePA zu einem lernenden System entwickeln, das sich stetig verbessert und an die Bedürfnisse der Praxis anpasst“, erklärte er. Viele Ärztinnen und Ärzte berichteten zudem, dass ihre Patient:innen bislang kaum über die ePA informiert seien. Erschwerend komme der komplizierte Registrierungsprozess hinzu. Im Ergebnis habe derzeit nur jeder 20. Versicherte Zugriff auf seine eigene ePA. „Die Krankenkassen sind deshalb aufgefordert, ihre Versicherten kontinuierlich und zielgruppengerecht zu informieren und zu unterstützen“, bekräftigte Reinhardt.

Gesundheitsdaten zu allgemeinwohlorientierten Forschungszwecken

Forschungsdatenzentrum nimmt nach sechs Jahren seine Arbeit auf

Die medizinische Versorgung in Deutschland maßgeblich zu verbessern – das ist das Ziel, des am 9. Oktober gestarteten Forschungsdatenzentrums Gesundheit (FDZ Gesundheit). Das FDZ Gesundheit soll künftig die zentrale Infrastruktur für die sichere Bereitstellung und Nutzung von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken im Gesundheitswesen bilden. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) bekräftigte, dass man sich insgesamt sehr viel von dem nun „wirklich deutlich erweiterten Potenzial“ für die Gesundheitsforschung verspreche: „mehr und bessere Präventionsmaßnahmen, wirksamere Therapien, eine schnellere Entwicklung von innovativen und sicheren Arzneimitteln, Versorgungstransparenz und Qualitätssicherung sowie eine Versorgung, die sich viel stärker am tatsächlichen Bedarf orientiert“.

Das FDZ ist am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt. Sechs Jahre hat der Aufbau des Datenzentrums gedauert, der im Zuge des Digitale-Versorgung-Gesetzes 2019 gestartet wurde. Um die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu konkretisieren, wurden vom Gesetzgeber die Forschungsdatenzentrum Gesundheit-Verordnung (FDZGesV) und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) erlassen.

Pseudonymisierte Abrechnungsdaten aller GKV-Versicherten zwischen 2009 und 2023 stehen laut BMG im FDZ zur Verfügung. Neuere Daten sollen nach Bereinigung und Aufarbeitung ergänzt werden. Die Abrechnungsdaten enthielten Informationen über Diagnosen, Therapien, Arzneimittelverordnungen, Krankenhausaufenthalte und die weitere Versorgung, nach Alter und Geschlecht und regional aufgeschlüsselt. Zusätzlich sollen voraussichtlich ab Oktober 2026 die Daten, die Versicherte freiwillig aus der elektronischen Patientenakte (ePA) bereitstellten, zur Verfügung gestellt werden. In Zukunft soll das FDZ Gesundheit mit weiteren Datenquellen, etwa den Krebsregistern, vernetzt werden.

Forschungsvorhaben sind öffentlich einsehbar

Der Zugang zu den Datensätzen des FDZ kann laut BMG grundsätzlich von allen Forschenden, zum Beispiel Forschungseinrichtungen, Universitätskliniken, Politik und Krankenkassen, Biotechnologie- und Pharmaunternehmen, Start-ups, Patienten- und Verbraucherschutzverbänden, beantragt werden. Voraussetzung hierfür sei allerdings ein erlaubter Nutzungszweck. Die Forschung müsse der Verbesserung der Gesundheitsversorgung dienen. Marktrecherche oder Produktentwicklung ohne medizinischen Erkenntnisgewinn seien ausgeschlossen. Die Daten würden ausschließlich in geschützten, zugangskontrollierten Analyse Räumen zur Verfügung gestellt. Nur die Endergebnisse verließen die sichere Verarbeitungsumgebung nach Prüfung durch die Mitarbeitenden am FDZ Gesundheit. Alle genehmigten Forschungsvorhaben seien in einem öffentlich einsehbaren Antragsregister dokumentiert.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hob in ihrer Stellungnahme zum GDNG hervor, dass beim Zugang zu Gesundheitsdaten für Forschungszwecke neben einer transparenten Umsetzung und praktikablen Widerspruchsmöglichkeiten hohe Standards beim Datenschutz unerlässlich seien. „Das System muss auch für Ärztinnen und Ärzte und alle anderen an der Versorgung Beteiligten praktikabel bleiben“, forderte Dr. Klaus Reinhardt. Außerdem müsse eine gemeinwohlorientierte Nutzung der Daten sichergestellt werden. Grundsätzlich

Beim BfArM in Bonn angesiedelt:
Das Forschungsdatenzentrum Gesundheit.



sollten aus Sicht der BÄK ausschließlich anonymisierte Daten zu Forschungszwecken genutzt werden – es sei denn, der Forschungszweck sei nur mit pseudonymisierten Daten zu erreichen. Die Daten, die im FDZ bereitgestellt werden, sind anonymisiert oder pseudonymisiert. BfArM-Präsident Professor Dr. Karl Broich betonte: „Datenschutz und Datensicherheit sind von Anfang an mit BfDI und BSI sehr genau mit eingebaut und gemeinsam entwickelt worden, auch damit eine große Transparenz da ist.“ Es seien externe Firmen eingesetzt worden, um die Sicherheit zu überprüfen.

Balance zwischen Datenschutz und Datennutzung

Ein besonderer Aspekt ist laut Broich, dass man in der Entwicklung von Beginn an die Vorgaben des europäischen Datenraums mitberücksichtigt habe. „Das heißt, wir werden auch da von Anfang an sehr gut anschlussfähig sein und von daher haben wir eine sehr gute Balance zwischen Datenschutz und Datennutzung für uns ab heute in Deutschland“, unterstrich er. Im März trat die Verordnung zum Europäischen Gesundheitsdatenraum (European Health Data Space – EHDS) in Kraft, die einen grenzüberschreitenden Datenaustausch ermöglichen soll. Die Mitgliedsstaaten haben zwei Jahre Zeit für die Umsetzung. Durch die Einführung einer EU-weit zugänglichen digitalen Patientenakte sollen die Bürger in die Lage versetzt werden, ihre Gesundheitsdaten, einschließlich Verschreibungen, Bilddaten und Labortests, über die Grenzen hinweg einzusehen.

Update für die Gesundheitsvorschriften

Lehren aus der Pandemie: Verbesserte internationale Koordinierung

Als Reaktion auf die Erfahrungen in den Gesundheitskrisen der letzten Jahre, insbesondere der COVID-19-Pandemie, haben sich die Vertragsstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei der 77. Weltgesundheitsversammlung im Juni 2024 auf Anpassungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) geeinigt. Ziel ist es „schneller und effizienter auf Gefahren für die öffentliche Gesundheit zu reagieren und hierdurch die Bevölkerung zu schützen“.

Unter anderem geht es um die Stärkung der Unterstützung der WHO für die Mitgliedsstaaten bei Gesundheitsschutzmaßnahmen, beispielsweise durch leichteren Zugang zu wichtigen Medikamenten und medizinischen Produkten. Außerdem sollen die Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung der Staaten im Rahmen der von der WHO koordinierten Schutzmaßnahmen verbessert werden. Innerstaatlich erfordern die Änderungen gemäß Grundgesetz ein Vertragsgesetz. Der Deutsche Bundestag verabschiedete am 6. November 2025 das Gesetz „zu den Änderungen vom 1. Juni 2024 der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005, IGV) vom 23. Mai 2005“, um die Voraussetzungen für die völkerrechtliche Bindung der Bundesrepublik Deutschland an die Änderungen der IGV zu schaffen, der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 26. September keine Einwendungen erhoben.

Die IGV sind laut Bundesregierung das zentrale völkerrechtliche Instrument zur grenzüberschreitenden Bekämpfung von Gesundheitsgefahren. Neben verbindlichen Verpflichtungen enthalten die IGV eine Reihe maßnahmeorientierter Empfehlungen der WHO. Dazu gehören spezifische, zeitlich befristete (herausgegeben vom Notfallausschuss) oder ständige Empfehlungen (herausgegeben vom Prüfungsausschuss), die nach Feststellung einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite oder bei Vorliegen einer bestimmten Gesundheitsgefahr von der WHO gegeben werden können. Darüber hinaus werden allgemeine und besondere Bestimmungen für Maßnahmen beschrieben, die von den Mitgliedsstaaten in Bezug auf Beförderer oder Beförderungsmittel, Reisende oder Güter, Container oder Container-Verladeplätze durchgeführt werden können oder müssen.

Zweijähriger Anpassungsprozess

In den vergangenen Gesundheitskrisen hätten sich die IGV als teilweise überarbeitungsbedürftig im Hinblick auf die internationale Koordinierung der Reaktion auf eine Pandemie erwiesen. Deshalb habe man sich während der 75. Weltgesundheitsversammlung 2022 auf einen umfassenden Arbeitsprozess zur Änderung der IGV geeinigt, hatte die Bundesregierung erläutert. Dieser Prozess habe

auf den Erkenntnissen der verschiedenen IGV-Prüfungsausschüsse aufgebaut, die das Funktionieren der IGV und der globalen Gesundheitssicherheitsarchitektur während der Covid-19-Pandemie untersucht hätten. Nach einem zweijährigen Arbeitsprozess einigten sich die WHO-Vertragsstaaten dann auf die Anpassungen der IGV.

Die Änderungen der IGV betreffen unter anderem die Einführung des Begriffs „pandemische Notlage“. Die Ausrufung der pandemischen Notlage ermöglicht dem WHO-Generaldirektor, zeitlich befristete Empfehlungen in einer Pandemie, als spezielle Form einer „gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite“ zu geben. Des Weiteren geht es um die Aufnahme von „Gerechtigkeit“ und „Solidarität“ als Grundsätze der IGV. Für die Vertragsstaaten wird außerdem ein Gebot eingeführt, sich mit der WHO „rechtzeitig“ abzustimmen, wenn bei bestimmten unklaren Gesundheitsereignissen nicht genügend Informationen vorliegen, um zu entscheiden, ob nach dem Prüfalgorithmus eine umfassende Meldepflicht an die WHO besteht. Zur Reaktion auf Ereignisse, die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite darstellen können, müssen die Vertragsstaaten weitere sogenannte „Kernkapazitäten“ vorhalten – unter anderem von Labordiagnostikkapazitäten, Risikokommunikationskapazitäten sowie Kapazitäten zur Erstellung von Handlungsempfehlungen für klinisches Fall-Management.

Meinungsvielfalt wird nicht eingeschränkt

„Die Änderung der IGV zeigt, dass wir als Staatengemeinschaft aus der Corona-Pandemie gelernt haben“, bekräftigte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) anlässlich des Beschlusses des Deutschen Bundestages. „Nur wenn wir gemeinsam und abgestimmt auf globale Gesundheitskrisen vorbereitet sind, können wir im Ernstfall schnellstmöglich und zielgerichtet reagieren.“ Sie hob hervor, dass die staatliche Souveränität Deutschlands durch dieses Gesetz unberührt bleibe. Weder würden der WHO Kompetenzen übertragen, die zu einer beschränkenden Handlungsfähigkeit Deutschlands führten, noch werde die Meinungsvielfalt in irgendeiner Weise eingeschränkt.

Die Zukunft im Blick

Next Generation: Unsere neuen Stipendiaten

Die Stiftung des Hartmannbundes hat mit Unterstützung der SIGMA Bank zum neunten Mal das Hartmannbund-Stipendium an zwei Medizinstudierende vergeben – Hava Celik und Eldar Tuktarov. Das Stipendium ist eine Auszeichnung für sehr gute Studienleistungen und besonderes berufs- und sozialpolitisches Engagement während des Medizinstudiums.

Mein Name ist **Eldar Tuktarov**. Ich bin 22 Jahre alt, studiere im 7. Semester Medizin an der Universität Duisburg-Essen und bin Stipendiat des Hartmannbundes für 2026. 2021 kam ich als russischer Schulabsolvent allein nach Deutschland, um mir den Traum eines Medizinstudiums zu erfüllen; seit 2022 studiere ich in Essen. Alle bisherigen Prüfungen habe ich im ersten Versuch bestanden. Ich schätze das Lehrangebot meiner Fakultät, besuche konsequent Vorlesungen und ergänze sie durch freiwillige Kurse und Workshops, die mein Fachwissen und meine praktischen Fähigkeiten vertiefen.



Früh habe ich Verantwortung übernommen: Seit März 2024 habe ich zweimal das Chemie-Fachtutorium für jüngere Semester geleitet. Zudem betreue ich den Ultraschallversuch im Physikpraktikum für Medizinstudierende – zuletzt im vergangenen Wintersemester und erneut im aktuellen. Parallel promoviere ich an der Augenklinik des Universitätsklinikums Essen. In meiner Forschung untersuche ich die Effekte von Augenmuskuloperationen bei Patientinnen und Patienten mit endokriner Orbitopathie, mit dem Ziel, die chirurgische Therapie weiter zu verbessern.

Engagement über die Universität hinaus ist mir ebenso wichtig. Am Oberhausener Hauptbahnhof unterstütze ich im Verein „Solidarität im Ruhrgebiet“ regelmäßige Essensausgaben für Menschen in Not – bei Sonne wie Regen. Eine solidarische Gesellschaft, in der alle gesehen und wertgeschätzt werden, ist Voraussetzung für eine lebenswerte Zukunft. Auch für den Umwelt- und Klimaschutz setze ich mich ein: Bei Greenpeace Mülheim-Oberhausen organisiere ich Aktionen, übernehme Öffentlichkeitsarbeit auf Instagram und motiviere Menschen, selbst aktiv zu werden.

Seit Juli 2025 vertrete ich als fraktionsloses Mitglied im Studierendenparlament die Interessen meiner Kommilitoninnen und Kommilitonen. Das Hartmannbund-Stipendium verschafft mir Freiräume für das Studium, das gesellschaftliche Ehrenamt und Forschung. Ich freue mich darauf, mich weiter einzubringen und mitzugestalten – in der Medizin und in der Gesellschaft.



Hava Celik studiert Humanmedizin im 9. Semester an der Charité Berlin und promoviert in der Neuro-radiologie.

Ihre wissenschaftliche Arbeit entspringt einer tiefen Leidenschaft für Forschung und einer starken Faszination für die Neurochirurgie. Ergänzend gab sie einen Statistik-Crashkurs für Medizinstudierende, um wissenschaftliches Denken zu fördern und bei Promotions- und Forschungsfragen zu unterstützen.

Besonders prägend waren ihre neurochirurgischen Klinikeinblicke, in denen sich ihre operative Leidenschaft vertiefte. Die Präzision im OP, die unmittelbare Verantwortung und der positive Einfluss auf Patientinnen und Patienten bestätigten ihren Wunsch, nach dem Studium eine ärztlich-wissenschaftliche Laufbahn in der Neurochirurgie einzuschlagen.

Diese Erfahrungen stärkten auch ihr Verständnis für die enge Verbindung zur Neuroradiologie und ihren Anspruch, klinische Tätigkeit und Forschung zu vereinen. In ihrer Promotion untersucht sie die ethisch verantwortbare Integration KI-gestützter Systeme in der Bildgebung, mit Fokus auf Vertrauen, klinische Verantwortung und digitale Belastungsfaktoren.

Als Leiterin für internationale Kooperationen der Walter E. Dandy Neurosurgical Society organisierte sie den 5. World Congress of Neurosurgery for Residents and Medical Students und entwickelte Programme für internationalen Forschungszugang. Ihr Engagement bei Connectome e.V., wo sie als Regionalleiterin Ostdeutschland Projekte zu Chancengleichheit, Ethik und digitaler Lehre vorantrieb, stärkte ihre wissenschaftliche Vernetzung.

Heute ist sie in mehreren Fachgesellschaften aktiv und setzt sich dafür ein, jungen Menschen realistische Zugänge zur Forschung zu eröffnen – getragen von der Überzeugung, dass operative Exzellenz, Neugier und Verantwortung die Basis einer modernen Neurochirurgie bilden. Sie verfolgt das Ziel, ihre wissenschaftliche Erfahrung und operative Leidenschaft dauerhaft zu verbinden und einen eigenen Beitrag zur Weiterentwicklung der Neurochirurgie zu leisten.

WIR SIND EIN GANZER BIENENSTOCK.

Wir vernetzen Euch.



Cooler Netzwerk



Kostenlose Haftpflichtversicherung



Professionelle Beratung



www.hartmannbund.de/studierende



Hartmannbund
STARK FÜR MEDIZINSTUDIERENDE.

Ab sofort mit elektronischer Patientenakte und E-Rezepten

Gesundheit – einfach digital organisiert. Win-win für alle Beteiligten



Die digitale Vernetzung im deutschen Gesundheitsmarkt zielt darauf ab, die Behandlungsqualität zu erhöhen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden, indem relevante Informationen sicher, interoperabel und zeitnah verfügbar gemacht werden. Die elektronische Patientenakte (ePA) fungiert dabei als zentrales Informationssystem – in der Gesetzlichen als auch in der Privaten Krankenversicherung. Sie liefert Befunde, Diagnosen, Medikationspläne und Notfalldaten und ermöglicht eine aktuelle Datenbasis für die Versorgung. Das E-Rezept ist der erste Schritt zu einem digitalen Medikationsprozess. Es unterstützt die Verordnung und Abgabe von Medikamenten in elektronischer Form und trägt maßgeblich zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) bei.

Die AXA Krankenversicherung bietet Kund:innen den Zugang zur ePA seit Juni 2025 an und erweitert somit ihr digitales Angebot

Die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) und des E-Rezepts stellt einen bedeutenden Fortschritt auf dem Weg



zu einer zeitgemäßen, sicheren und effizienten Gesundheitsversorgung dar. Nur gemeinsam – Ärzt:innen, Patient:innen sowie Versicherer – können wir dazu beitragen, die digitale Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln.

Vorteile für Ärzt:innen in der Praxis

• Gesundheitsdaten auf einen Blick: Mit der ePA erhalten Sie direkten Zugriff auf die Gesundheitsdaten Ihrer Patient:innen – vorausgesetzt, es liegt kein Widerspruch vor und Sie wurden von Ihren Patient:innen entsprechend berechtigt.

Elektronische Patientenakte (ePA)

Bisher liegen Gesundheitsdaten verstreut in Praxen, Kliniken oder bei verschiedenen Fachärzt:innen.

Dank der ePA können Befunde, Arztbriefe, Behandlungs- oder Medikationspläne direkt von Ärzt:innen in die ePA hochgeladen werden. So können behandelnde Ärzt:innen jederzeit auf die vollständigen Informationen zugreifen. Die aktuellen Informationen erleichtern rasche und fundierte Entscheidungen, insbesondere bei Notfällen, Haus- und Fachärzt:innen.

E-Rezept

Mit dem E-Rezept können Verordnungen von Arzneimitteln Patient:innen digital zur Verfügung gestellt werden. Apotheken können das Rezept elektronisch abrufen, überprüfen und abgeben.

Durch die klare maschinell lesbare Verordnung werden Medikationsfehler reduziert, Verschreibungen transparenter sowie die Medikationshistorie einfacher dokumentiert. In Summe ergibt sich eine deutlich verbesserte Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).

• Individuellere Versorgung: Die ePA stellt Ihnen Informationen anderer Behandler:innen unmittelbar zur Verfügung. So lassen sich Vorerkrankungen und Zusammenhänge zwischen verschiedenen Erkrankungen schneller erkennen.

• Transparente Medikationshistorie: Die ePA enthält eine klar strukturierte Medikationsliste. Eingelöste Rezepte werden hier aufgeführt, wodurch mögliche Wechselwirkungen schneller erkannt werden können. Zukünftig wird diese Medikationsliste zu einem digitalen Medikationsplan erweitert, der auch institutionsübergreifend gepflegt werden kann.

• Datenschutz gewährleistet: Die ePA erfüllt moderne Sicherheitsstandards. Alle Daten werden verschlüsselt gespeichert und sind ausschließlich für Patient:innen sowie berechnigte Behandler:innen zugänglich.

Nutzen Sie die Chance, aktiv an der digitalen Transformation teilzunehmen.

Die elektronische Patientenakte und das E-Rezept eröffnen neue Möglichkeiten für eine sichere, effiziente und patientenzentrierte Versorgung. Gemeinsam können Doppeluntersuchungen vermieden, die Arzneimittelsicherheit erhöht und mehr Zeit für das Wesentliche – die Betreuung der Patient:innen – gewonnen werden.

Machen Sie mit: Aktivieren Sie die ePA, nutzen Sie das E-Rezept.

Jeder Beitrag zählt, um den digitalen Alltag von morgen aktiv mitzugestalten und für alle Beteiligten einen echten Mehrwert zu schaffen.

Die technischen Voraussetzungen sind geschaffen, die Unterstützung steht bereit. Lassen Sie uns gemeinsam den Weg in eine digitale Gesundheitsversorgung beschreiten!

Zwischen Reichweite und Rechtsstreit:

Wie Ärztinnen und Ärzte Social Media rechtssicher nutzen



Ob Instagram, TikTok oder YouTube – immer mehr Ärztinnen und Ärzte nutzen soziale Medien. Dort geben sie Einblicke in ihre Arbeit, klären über medizinische Themen auf oder machen auf moderne Behandlungsmethoden aufmerksam. Doch wo enden sachliche Informationen und wo beginnt unzulässige Werbung? Eine klare Linie zu ziehen, ist oft schwieriger, als es auf den ersten Blick scheint. Welche Grundsätze Sie als Ärztin oder als Arzt beachten sollten und wie Sie sich vor einem teuren Rechtsstreit absichern können, zeigt Ihnen der folgende Artikel von ROLAND Rechtsschutz, dem Kooperationspartner der Deutschen Ärzte Finanz.

Die Grenze zwischen Fakten und Werbung: Worauf Sie achten sollten

Das Bedürfnis, Patientinnen und Patienten transparent zu informieren, ist nachvollziehbar – und sogar wünschenswert. Wer medizinische Themen verständlich erklärt, leistet einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsbildung. In welchen Fällen das aber überhaupt zulässig ist, hängt von Tonalität und Ziel des Inhalts ab.

Die Grenzen zwischen Information und Werbung verschwimmen besonders in den sozialen Medien, wo Algorithmen Aufmerksamkeit belohnen. Selbst vermeintlich sachlich klingende Posts können Werbung sein, wenn sie eindeutig auf die Durchführung einer Behandlung abzielen. Ärztinnen und Ärzte, die Social Media nutzen, sollten daher die folgenden Grundsätze beachten:

- Sachlichkeit vor Emotionalität:** Stellen Sie medizinische Inhalte immer transparent, faktenbasiert und sachlich dar. Vermeiden Sie jede Form von Übertreibung oder ein Drängen auf eine zeitnahe Behandlung.
- Keine Erfolgsgarantien:** Vermeiden Sie Aussagen wie „ohne Risiko“ oder „garantiertes Ergebnis“.
- Individuelle Beratung:** Weisen Sie immer darauf hin, dass eine individuelle Beratung notwendig ist.
- Klare Trennung:** Achten Sie darauf, Werbung und Information nicht zu vermischen.
- Transparenz:** Kennzeichnen Sie bezahlte Werbe-Kooperationen klar und transparent.

Vorsicht beim Werben mit Vorher-Nachher-Bildern

Besonders kritisch ist das Werben mit Vorher-Nachher-Bildern bei ästhetischen Eingriffen. Das Heilmittelwerbe-gesetz (§ 11 HWG) verbietet das Werben mit solchen Bildern für operativ plastisch-chirurgische Eingriffe, die nicht medizinisch notwendig sind. Denn diese Bilder können unrealistische Erwartungen wecken und Risiken verschleiern. Dieses Verbot gilt auch dann, wenn die abgebildeten Personen in die Nutzung eingewilligt haben.

Das hat vor kurzem auch der Bundesgerichtshof bestätigt (BGH, Urteil vom 31. Juli 2025 – Az. I ZR 170/24 – OLG Hamm). In dem Fall ging es um die beiden Ärzte „Dr. Rick“ und „Dr. Nick“, die auf Instagram Vorher-Nachher-Bilder von Hyaluron-Unterspritzungen gezeigt haben. Die Richterinnen und Richter urteilten, dass auch solche minimal-invasiven Eingriffe unter das Werbeverbot laut Heilmittelwerbe-gesetz fallen. Entscheidend sei nicht, ob operiert oder „nur“ gespritzt wird – sondern, ob Form oder Gestalt des Körpers verändert werden.

Anders sieht das übrigens aus, wenn Ärztinnen und Ärzte Vorher-Nachher-Bilder nicht zur Werbung, sondern im unmittelbaren Zusammenhang mit der Behandlung und Aufklärung verwenden. Zum Beispiel, um im Aufklärungsgespräch zu zeigen: „So war das Ergebnis bei anderen Patientinnen und Patienten und so könnte es auch bei

Ihnen aussehen.“ Dann kann es grundsätzlich zulässig sein, Vorher-Nachher-Bilder zu nutzen.

So sichern Sie sich für den Ernstfall ab

Die Grenzen zwischen Information und Werbung sind fließend und so kann trotz größter Sorgfalt schnell der Vorwurf einer unzulässigen Werbung im Raum stehen. Ein Rechtsstreit kann langwierig und teuer sein. Er kostet nicht nur Zeit und Nerven, sondern ist auch eine große finanzielle Belastung. Ein umfassender Versicherungsschutz ist deshalb besonders wichtig.

ROLAND Rechtsschutz bietet Ihnen einen speziell auf Ärztinnen und Ärzte zugeschnittenen Versicherungsschutz. Dazu gehören der Firmen-, Verkehrs- und Immobilien-Rechtsschutz sowie der Rechtsschutz für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. In Kombination mit dem Plus-Baustein Gewerbe sind Sie für die Geltendmachung und Abwehr von Unterlassungsansprüchen nach dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb abgesichert – bis zu 10.000 Euro je Versicherungsfall und Kalenderjahr. Das verschafft Sicherheit, falls es einmal ernst wird – und sorgt dafür, dass Sie sich auf das Wesentliche konzentrieren können: Ihre Patientinnen und Patienten.

Haben Sie Fragen zum Thema „Rechtssicher werben in den sozialen Medien“? Sprechen Sie mit Ihrer Beraterin oder Ihrem Berater der Deutschen Ärzte Finanz über die individuellen Möglichkeiten. Sie erreichen uns über die E-Mail-Adresse service@aerztefinanz.de oder unter der Telefonnummer 0221 – 148 32323.

Immer mehr Ärztinnen und Ärzte klären auf Social Media über Gesundheitsthemen auf – dabei gilt es, die rechtlichen Grenzen immer im Blick zu behalten.



Doc on Social Media

Wann Ihr Online-Wissen umsatzsteuerpflichtig wird

Immer mehr Ärztinnen und Ärzte verlagern ihr Wissen ins Netz: Online-Sprechstunden, Fachwebinare, Instagram-Reels mit Gesundheits-, Bewegungs- oder Ernährungstipps oder auch digitale Kurse für Kolleginnen und Kollegen. Mit der Neuregelung der Bildungsleistungen ab 2025 stellt sich die Frage, welche dieser Angebote umsatzsteuerfrei sind und wann Umsatzsteuer anfällt.

Heilbehandlung bleibt steuerfrei – auch online: Klassische ärztliche Tätigkeit bleibt umsatzsteuerfrei, wenn sie der Diagnose, Behandlung oder Linderung von Krankheiten dient. Das gilt ausdrücklich auch für Online-Sprechstunden mit direktem Austausch zwischen Arzt und Patient per Video. Entscheidend ist der individuelle Behandlungsfall, nicht der technische Kanal. Für diese Umsätze fällt keine Umsatzsteuer an. Im Gegenzug haben Ärzte keinen Vorsteuerabzug aus den zugehörigen Kosten.

Bildung statt Behandlung – Live-Formate mit Unterrichtscharakter: Anders sieht es aus, wenn Sie nicht behandeln, sondern Ihr Wissen vermitteln, z. B. in Live-Webinaren zur Weiterbildung von Ärztinnen, medizinischem Personal oder interessierten Laien. Interaktive Live-Streams in Echtzeit können als steuerfreie Bildungsleistung eingestuft werden, wenn sie Unterrichtscharakter haben. Voraussetzungen sind ein didaktisches Konzept, Lernziele, ein strukturierter Ablauf, Interaktion und Feedback durch eine qualifizierte Lehrkraft.

Ob die Befreiung für Bildungsleistungen dann tatsächlich greift, hängt auch noch davon ab, wer anbietet:

- Handeln Sie persönlich als Lehrer für eine Bildungseinrichtung mit entsprechender Bescheinigung, kann Ihre Leistung über die Einrichtung steuerfrei abgerechnet werden. Wichtig ist eine schriftliche Bestätigung des Auftraggebers zur eigenen Steuerbefreiung und zum Einsatz Ihrer Leistung für steuerfreie Bildungsangebote. Die bloße Zwischenschaltung einer Dozenten-GmbH begründet keine Steuerbefreiung.
- Treten Sie selbst als „Privatlehrer“ auf und erteilen echten Schul- oder Hochschulunterricht unmittelbar an Endverbraucher, sind Ihre Live-Unterrichtsleistungen ab

2025 zwingend steuerfrei, dann aber ohne Vorsteuerabzug.

Vorproduzierte Inhalte, Videokurse und Social Media

Anders werden vorproduzierte Inhalte behandelt, die der Nutzer zeitlich flexibel abrufen kann, zum Beispiel

- aufgezeichnete Webinare,
- Videoserien mit Trainings- oder Ernährungstipps,
- automatisierte Online-Kurse oder Übungsmodule,
- Paywall-Inhalte auf der eigenen Website oder einer Plattform.

Solche On-Demand-Angebote gelten als elektronisch erbrachte sonstige Leistungen. Sie sind grundsätzlich umsatzsteuerpflichtig. Eine Steuerbefreiung oder ein ermäßigter Umsatzsteuersatz kommen hier regelmäßig nicht in Betracht. Der Leistungsort richtet sich im Endkundengeschäft nach dem Wohnsitz des Nutzers. Bei ausländischen Kunden müssen Sie gegebenenfalls über den One-Stop-Shop im jeweiligen Bestimmungsland Umsatzsteuer abführen. Im Gegenzug ist für diese steuerpflichtigen Umsätze dann auch der Vorsteuerabzug möglich.

Kombinierte Modelle richtig aufteilen:

Einige Ärztinnen und Ärzte mischen Live-Unterricht und Mediathek durch fortlaufende Online-Seminare plus Zugang zu den Mitschnitten. Umsatzsteuerlich ist hierbei zu prüfen, ob eine einheitliche Leistung oder mehrere getrennte Leistungen vorliegen. Aus Sicht des Durchschnittsteilnehmers kann der Live-Unterricht die Hauptleistung sein, während On-Demand-Videos eine eigenständige, regelmäßig steuerpflichtige Zusatzleistung bleiben. Eine getrennte vertragliche und abrechnungstechnische Dar-

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

stellung, beispielsweise durch getrennte Preise für Live-Termine und Videothek, erleichtert die Einordnung.

Fernunterricht und rechtliche Stolperfallen: Digitale Bildungsangebote mit starkem Selbstlernanteil können als Fernunterricht im Sinne des Fernunterrichtsschutzgesetzes gelten. Dann ist eine Zulassung erforderlich. Ohne diese drohen Rückabwicklungen und weitere rechtliche Risiken. Für ärztliche Online-Formate mit automatisierten Modulen oder umfangreichen Selbstlernanteilen sollte deshalb geprüft werden, ob Fernunterricht vorliegt.

Fazit: Geschäftsmodell prüfen, Dokumentation sichern

Für Ärztinnen und Ärzte, die neben der Praxis als Dozenten, Online-Coaches oder Content-Creator aktiv sind, ist die klare Trennung entscheidend:

- Heilbehandlung (auch per Video) bleibt umsatzsteuerfrei.
- Interaktiver Live-Unterricht kann – bei erfüllten Voraussetzungen – steuerfrei sein.
- On-Demand-Angebote wie Videokurse sind in der Regel umsatzsteuerpflichtig.

Welche Lösung wirtschaftlich sinnvoll ist, hängt von Zielgruppe, Preisstruktur und Vorsteuerpotenzial ab. Lassen Sie Ihre Formate, Verträge und Abrechnungswege frühzeitig prüfen. So vermeiden Sie böse Überraschungen und können Ihr Expertenwissen rechtssicher und ertragreich einsetzen.

Autorin: Marika Florack, Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verbund aus Köln, spezialisiert auf Steuerberatung 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



Exklusiv für Hartmannbund-Mitglieder:

Das Rundum-Sorglos-Paket von Europcar



Ob Sie im Urlaub mit Ihrer Familie die Küste, bunte Wälder oder Schneelandschaften entlangfahren – Europcar hat die passende Mobilität. Und auch für Ihre Praxis bieten wir maßgeschneiderte Lösungen, damit Sie Ihre Patientinnen und Patienten jederzeit erreichen können. Als Europas größter Autovermieter bieten wir Ihnen nicht nur irgendein Auto, sondern genau die Mobilität, die Sie brauchen: sei es für einen Tag, ein Wochenende oder eine ganze Woche. Und falls Sie sich gar nicht mehr von Ihrem Mietwagen trennen möchten – kein Problem! Wussten Sie, dass Sie bei uns auch Fahrzeuge ab einem Monat mieten können? Unsere Langzeitmieten schonen nicht nur Ihr Portemonnaie, sondern lassen Ihnen auch alle Freiheiten, Ihr Traumauto so lange zu fahren, wie Sie möchten.

Vielfalt in unserer Flotte

Von Pkws bis hin zu Transportern und Lkws haben wir für jeden Anspruch die passende Mobilitätslösung, einschließlich umweltfreundlicher Elektro-Optionen. Unsere sorgfältig zusammengestellte Flotte besticht durch sparsame Modelle wie den VW Polo, den sportlichen Audi A4 Avant und die komfortable Mercedes-Benz C-Klasse.



Fotos: Europcar Deutschland

Immer in Ihrer Nähe

Europcar ist in über 130 Ländern mit einem starken Netzwerk für Sie da – in Ihrer Heimatstadt, am Flughafen und an Ihrem Urlaubsziel. Wir sorgen dafür, dass Sie immer bequem und zuverlässig unterwegs sind.

Um bei der Buchung von Ihren exklusiven Hartmannbund-Konditionen zu profitieren, nutzen Sie bitte immer die **Contract ID 40295733**. Mehr Informationen finden Sie online unter europcar.de. Wir freuen uns auf Sie!

Und das ist noch nicht alles!

Mitglieder des Hartmannbundes bekommen bei Europcar exklusive Vorteile:

- **Vergünstigte Konditionen:** Mitglieder profitieren von exklusiven und festen Konditionen für Mietwagen in Deutschland und weltweit.
- **Zentrale Ansprechpartner:** Für Ihre individuellen Anfragen schicken Sie bitte eine E-Mail mit Ihrer Contractnummer an nachfrage@europcar.com.
- **Individuelle Beratung:** Unsere Business-Services beinhalten individuelle Beratung durch geschultes Personal, um den speziellen Bedürfnissen von Ärzten und medizinischen Fachkräften gerecht zu werden.
- **Bonusprogramme und Kooperationen:** Das Privilege For You Treueprogramm bietet Ihnen je nach Level exklusive Vorteile wie z.B. Priority Service, Fahrzeug-Upgrades und kostenlose Zusatzfahrer. Darüber hinaus erhalten Sie viele weitere attraktive Prämien. Details: www.europcar.de/de-de/loyalty-program.
- **Zusätzliche Vorteile:** Darüber hinaus erwarten Hartmannbund-Mitglieder weitere Vorteile, wie die Möglichkeit zur Lieferung und Abholung, Bonuspunkte sowie exklusive Rabatte bei Hotelketten, Fluggesellschaften, Bahn- und Bankpartnern von Europcar.



Neue Gebührenordnung für Ärzte

PVS holding unterstützt mit Expertenblick



Dem Entwurf einer Überarbeitung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu) wurde Ende Mai 2025 vom Deutschen Ärztetag zugestimmt: Die angestrebte Modernisierung der Honorarstruktur bringt für Praxen maßgebliche Änderungen mit sich. Als langjähriger Spezialist für die GOÄ-Abrechnung begleitet die PVS holding mit Hauptsitz in Mülheim an der Ruhr diesen Entwicklungsprozess schon lange, um Ärztinnen und Ärzten künftig mit maßgeschneiderten Lösungen und einer ausführlichen Beratung zur Seite stehen zu können.

Die umfassendste Reform des privatärztlichen Vergütungssystems seit 1996 bringt tiefgreifende Neuerungen mit sich: eine stärkere Berücksichtigung moderner medizinischer Entwicklungen und aktueller Versorgungsformen, eine deutliche Orientierung an medizinischen Standards sowie präzisere Anforderungen an die ärztliche Dokumentation und die Inhalte der Rechnung.

Mit ihrer langjährigen Expertise verfolgen die Abrechnungsprofis der PVS holding seit Beginn aufmerksam den Erarbeitungspro-

zess der GOÄneu – stets im engen Austausch mit der Bundesärztekammer. Über unsere Abteilung „Gebührenberatung und Wissensmanagement“ steuern wir interdisziplinär Kompetenzgruppen und arbeiten mit unseren Expertinnen und Experten an der Analyse und Weiterentwicklung der zukünftigen Rechnungsstellung. Dr. Camino Valentín-Gamazo, Leiterin der Abteilung, betont: „Als PVS begleiten wir die Entwicklung der neuen Gebührenordnung seit Langem, um Ärztinnen und Ärzten künftig praxisorientierte und verlässliche Lösungen bieten zu können.“ Die Fachärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie ergänzt: „Wir sind bewusst früh in die Analyse eingestiegen, um alle fachlichen und rechtlichen Aspekte der neuen GOÄ umfassend berücksichtigen zu können.“

Transparenz und Rechtssicherheit

Die Novellierung der GOÄ sieht für die Ärztinnen und Ärzte zentrale Veränderungen vor: Neben 5.595 neuen Gebührenordnungsziffern, leistungsübergreifenden Zuschlägen und einer

Reduzierung von Analogberechnungen zählen auch detailliertere Leistungsangaben auf den Rechnungen zu den kommenden Voraussetzungen.

Diese und viele weitere Anpassungen sollen für mehr Transparenz und Rechtssicherheit sorgen – gleichzeitig erfordern die anvisierten Neuregelungen aber auch einen geübten Expertenblick in das Gebührenverzeichnis. Konstantin Theodoridis, Fachanwalt für Medizin- und Sozialrecht und Leiter der Rechtsabteilung PVS holding, stellt daher klar: „Aufgrund der noch laufenden Verhandlungen rund um die neue GOÄ befinden wir uns derzeit in einer Übergangsphase. Damit Ärztinnen und Ärzte sich auf die Medizin konzentrieren können, sorgen wir als verlässlicher Partner dafür, dass alle Neuerungen gesetzeskonform umgesetzt werden.“ Bis zum Inkrafttreten der aktualisierten Gebührenordnung wird diese Unterstützung zusätzlich durch Beratungsangebote, Schulungen und Netzwerktreffen der PVS holding ergänzt.

www.ihre-pvs.de/goaeneu

Sektorale Widerstandsfähigkeit und Qualität

Absicherungen gegen globale Unsicherheiten



Nach Einschätzung der Bundesbank dürfte die deutsche Wirtschaft wieder leicht wachsen nach einem Schrumpfen im Frühjahr und einer Stagnation im Sommer.

Ein spürbares Anziehen der Konjunktur erwarten Fachleute aber erst für das kommende Jahr, wenn die staatlichen Mehrausgaben für Infrastruktur und Verteidigung für Impulse sorgen dürften. Allerdings bremsen die US-Zölle und die bröckelnde Wettbewerbsposition im internationalen Konkurrenzkampf die deutsche Industrie.

Für die Schweiz ist die Zolleinigung mit den USA hilfreich: Die Schweiz sah sich mit US-Zöllen von bis zu 39 % konfrontiert, obwohl sie ein zentraler Wirtschaftspartner der USA ist: Sie erzielt jährlich Dienstleistungsüberschüsse von über 20 Mrd. CHF, sichert rund 500.000 Arbeitsplätze in den USA und zahlt die höchsten Durchschnittslöhne unter allen ausländischen Arbeitgebern. Obwohl die Zölle einige Unternehmen wie Maschinenbauer hart getroffen hätten, seien viele

Firmen ausgenommen gewesen. Dazu zählen auch die grossen Schweizer Pharmakonzerne, die für den Löwenanteil der Schweizer Exporte verantwortlich seien.

Laut AmCham erwirtschaften Schweizer Unternehmen rund 22 % ihres Gesamtumsatzes in den USA.

- Hohe Abhängigkeit (>30–50 %): Pharma, Biotechnologie, Medizintechnik, Verteidigung/Luft- und Raumfahrt, Luxusgüter, Unternehmenssoftware.
- Mittlere Abhängigkeit (20–35 %): Industrieanlagen, Konsumgüter, Automobilsektor, Chemie.
- Geringe Abhängigkeit (<15 %): Versorger, lokale Dienstleistungen,

Im Gegenzug für die Reduzierung der Abgaben verpflichtete sich die Schweizer Wirtschaft, bis Ende 2028 insgesamt 200 Mrd. \$ in den USA zu investieren. Die Absichtserklärung soll bis Ende des ersten Quartals 2026 in ein rechtsverbindliches Abkommen umgewandelt werden.

Sektorale Widerstandsfähigkeit und Qualität: Schweizer Blue Chips bieten defensives Wachstum dank globaler Diversifikation, starker Bilanzen und verlässlicher Dividenden. Ihre Produkte bedienen essenzielle Märkte und zeigen Stabilität selbst in wirtschaftlich schwierigen Zeiten. Zudem verstärken die Rolle der Schweiz als sicherer Hafen und die Stärke des Schweizer Frankens den Abwärtsschutz.

Das Fürstentum Liechtenstein bietet mit seinem Schweizer Franken einen sicheren Hafen für Ihr Kapital. Mit politischer und wirtschaftlicher Stabilität, einer starken Währung und einem bewährten Vermögensmanagementsystem bietet das Land und die SIGMA Bank AG Investoren eine wirksame Möglichkeit, ihr Kapital zu diversifizieren.

Eine Absicherung gegen globale Unsicherheiten ist eine relevante Überlegung.

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

Ärztliche Rollen im Wandel



Verbindung von klinischer Exzellenz und Führungsverantwortung

Die Rolle von Ärzt:innen verändert sich grundlegend. Neben der medizinischen Expertise gewinnen Führungs- und Gestaltungskompetenzen zunehmend an Bedeutung. Ärztinnen und Ärzte sind heute nicht mehr ausschließlich in der direkten Patientenversorgung gefordert, sondern übernehmen Verantwortung in der Organisation, Entwicklung und strategischen Ausrichtung medizinischer Prozesse und Strukturen. Dieser Rollenwandel erfordert neue Fähigkeiten – von Kommunikation und Teamführung über Entscheidungs- und Veränderungsmanagement bis hin zu einem Verständnis für komplexe organisatorische Zusammenhänge.

Gleichzeitig steigen die Erwartungen an die ärztliche Profession: Sie soll nicht nur individuell heilen, sondern auch Strukturen mitgestalten, die eine qualitativ hochwertige, effiziente und zukunftsfähige Versorgung ermöglichen. Dies verlangt von Ärzt:innen ein erweitertes Selbstverständnis – als klinische Expert:innen, Führungspersönlichkeiten und Mitgestaltende eines dynamischen Umfelds.

Damit wird die ärztliche Tätigkeit zunehmend zur Schnittstelle zwischen medizinischem Anspruch, interdisziplinärer Zusammenarbeit und strategischem Denken. Wer künftig Verantwortung übernehmen will, muss neben fachlicher Exzellenz auch die Kompetenz besitzen, Menschen zu führen, Prozesse zu steuern und Entwicklungen aktiv zu gestalten.

Allerdings werden Kenntnisse und Fähigkeiten in Führung und Management von Krankenhäusern und Einrichtungen im klassischen Medizinstudium nur am Rande vermittelt. Der berufsbegleitende MBA für Ärzt:innen der SRH Fernhochschule vermittelt nicht nur fachliches Wissen, sondern auch Methoden-, Kommunikations- und Prozesskompetenz. Wer als Arzt in Krankenhäusern und im Gesundheitswesen Zukunft gestalten möchte, findet hier die passenden Werkzeuge.

Zwischen OP-Saal und Fernstudium: Dr. Kuhns Werdegang

Dr. med. Karl Friedrich Kuhn, MBA, ist Unfallchirurg und Notarzt am BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin und seit kurzem Dozent an der SRH Fernhochschule. Sein Wer-

degang zeigt beispielhaft, welche Möglichkeiten eine hochschulische Management-Weiterbildung eröffnet: Nach seiner Promotion absolvierte Kuhn den MBA für Ärzt:innen an der SRH Fernhochschule, um gezielt Management- und Führungskompetenzen zu erwerben und ist heute selbst im Bereich Qualitäts- und Prozessmanagement als Dozent aktiv. Die Verbindung aus klinischer Erfahrung und aktuellem Know-how im Management macht ihn zum Bindeglied zwischen Theorie und Praxis. „Wirtschaftliche und organisatorische Aspekte spielen in der ärztlichen Praxis eine viel größere Rolle, als das Medizinstudium suggeriert“, so Kuhn.

Anwendungsbeispiel: Implementierung eines klinischen Behandlungspfades in Kooperation mit einer Spezialklinik für Altersmedizin

Ein gutes Beispiel dafür ist ein Fall, der so auch in seinem Arbeitsumfeld vorkommen könnte: Die Implementierung eines klinischen Behandlungspfades in Kooperation mit einer Spezialklinik für Altersmedizin. Dr. Kuhn berichtet, wie auf diese Weise verschiedene Perspektiven – vom Chirurgen über die Pflege bis hin zu Verwaltung und Case Management – zusammenkommen, um pragmatische Lösungen für den Klinikalltag zu entwickeln.

Diesen Behandlungspfad hat er zusammen mit seinen Studierenden an der SRH Fernhochschule im Rahmen einer Case Study in Form eines strategischen Prozessmanagementprojekts exemplarisch entwickelt. Die Aufgabe bestand in der Entwicklung eines durchgehenden klinischen Behandlungspfades für geriatrische Patienten mit Frakturen des proximalen Femurs. Ziel des Projekts war die systematische Standardisierung der Behandlungsabläufe – von der Aufnahme über die operative Versorgung bis hin zur rehabilitativen Weiterbehandlung – sowie der Aufbau einer strukturierten Kooperation mit einer nahegelegenen Spezialklinik für Altersmedizin.

Im Fokus stand dabei die interdisziplinäre Vernetzung zwischen Orthopädie/Unfallchirurgie, Innerer Medizin, Pflege, Sozialdienst und der Geriatrie. Durch die frühzeitige

Einbindung geriatrischer Expertise bereits während der Akutphase sollten funktionelle Verschlechterungen und Komplikationen reduziert, die Entlassungsplanung optimiert und die Versorgungskontinuität verbessert werden. Parallel dazu erfolgte eine Prozessanalyse, um Schnittstellenprobleme und Verzögerungen im Behandlungsablauf zu identifizieren.

Im prognostizierten Ergebnis sank die durchschnittliche Verweildauer der Patienten signifikant, postoperative Komplikationen traten seltener auf, und der Anteil an direkten geriatrischen Weiterverlegungen stieg deutlich. Auch das Entlassmanagement profitierte von klar definierten Kommunikationswegen und standardisierten Abläufen zwischen den beiden Einrichtungen.

Dr. Kuhn freut sich über diesen Erfolg: Prozessmanagement in Form klinischer Behandlungspfade zur Verbesserung von Behandlungsqualität, Wirtschaftlichkeit und sektorenübergreifender Versorgung beitragen kann – insbesondere bei komplexen, multimorbiden Patientengruppen. Bisher haben wir solch einen Pfad noch nicht in unserer Klinik implementieren können. Das wird aber kommen“, ergänzt er. Vorbild könne hierfür ein vor kurzem eingeführter Behandlungspfad für Patient:innen mit Dekubitus und Patient:innen mit Liegetrauma sein.

Zeitlich und örtlich flexibles

Online-Studium ohne Präsenzzeiten

Der MBA für Ärzt:innen der SRH Fernhochschule ist darauf ausgerichtet, praxisnahes Lernen mit wissenschaftlicher Fundierung zu verbinden. Gleichzeitig ermöglicht das flexible Fernstudienmodell die Vereinbarkeit von Dienstzeiten, Privatleben und Weiterqualifizierung.

Lutz Hager ist Professor für Gesundheitsmanagement an der SRH Fernhochschule und beantwortet alle Anfragen:
lutz.hager@mobile-university.de



Foto: SRH Fernhochschule

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

Lilian Ellerich

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

Ausbildung/Medizinstudium

Lilian Ellerich

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

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak/Sandy Stephan/Yassin Hobein

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

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*

Wegen Praxisauflösung Inventar zu verkaufen

Punktsuchgerät für Akupunktur, Testampullen für Bioresonanzmethode, 2 Jörg & Sohn Arbeitsstühle, Infrarotlaser 904 nm.
Kontakt unter: zahnarzt.augsburg@gmx.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

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: rdrh@web.de

Psychiatrische Praxis im Neckar-Odenwald-Kreis abzugeben

Gut etablierte psychiatrische Praxis aus Altersgründen bis spätestens Juni 2027 abzugeben. 900 Scheine im Quartal. Barrierefrei, Fahrstuhl. Gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen, ausreichend Parkraum einschließlich Behindertenparkplatz vor dem Haus. Moderne Einrichtung, einschließlich 2025 erneuerte Computeranlage, kann zum aktuellen Marktpreis übernommen werden. Allgemeinanzpraxis und Apotheke im Haus. Bei Interesse Kontaktaufnahme unter Chiffre: 68413 an redaktion@hartmannbund.de

Sie möchten ein Inserat aufgeben oder auf eine Chiffre-Anzeige antworten? Dann wenden Sie sich bitte an: Hartmannbund, Vilma Schade, Kurfürstenstraße 132, 10785 Berlin, Tel.: 030 206208-11, Fax: 030 206208-14, E-Mail: vilma.schade@hartmannbund.de

* 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 zukunfts-sicheren Umgebung an der Westküste Schleswig-Holsteins?

Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung:

bewerbung@neurologikum-brunsbuettel.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



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



**Bleiben Sie so fröhlich
wie möglich!**

**WIR LASSEN EUCH NICHT
IM REGEN STEHEN.**

Wir beraten Euch.



Cooler Netzwerk



Kostenlose Haftpflichtversicherung



Professionelle Beratung



www.hartmannbund.de/studierende



Hartmannbund
STARK FÜR MEDIZINSTUDIERENDE.

Familie. Praxis. Boxen.

Dr. Cornelia Stüdemann
Kinderärztin und vierfache Mutter, Sengenthal

Und wofür brauchen Sie mehr Zeit?



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

> apobank.de/gruenden

 **apoBank**
Bank der Gesundheit