

01/2026



Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin

Sprechende Medizin

Die Macht der richtigen Worte





Besondere Vorteile
für Mitglieder im
Hartmannbund!

Wir halten
Ihnen den
Rücken frei!

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

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

So können Sie stets entspannt nach vorn blicken!

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

 Deutsche
Ärzteversicherung

Editorial



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

liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

mit dem Beschluss des Krankenhausreformsanpassungsgesetzes (KHAG) hat der Deutsche Bundestag einen weiteren Baustein der laufenden Krankenhausreform auf den Weg gebracht. Damit ist die Debatte über die künftige Struktur der stationären Versorgung endgültig in eine entscheidende Phase eingetreten. Klar ist: Der Erfolg dieser Reform wird sich nicht nur im Gesetzestext entscheiden, sondern vor allem durch den „Geist“ der Umsetzung.

Die Reform soll Qualität stärken, Strukturen ordnen und die Finanzierung der Krankenhäuser verlässlicher machen. Die Konzentration komplexer Leistungen und die Finanzierung von Vorhaltestrukturen sollen Fehlanreize im bisherigen System korrigieren und medizinische Qualität stärker in den Mittelpunkt rücken. Diese Zielrichtung ist im Grundsatz richtig.

Entscheidend ist, ob die Reform in der Praxis funktioniert. Krankenhäuser sind keine abstrakten Planungsgrößen, sondern hochkomplexe Versorgungsorte. Medizinische Verantwortung, organisatorische Abläufe und personelle Ressourcen greifen hier täglich ineinander. Was politisch plausibel erscheint, muss sich auch im Alltag bewähren. Viele Kolleginnen und Kollegen erleben diesen unter Bedingungen, die alles andere als einfach sind: Personalmangel, wachsende Bürokratie, wirtschaftlicher Druck und immer neue Steuerungsinstrumente prägen die Realität in Klinik und Praxis. Reformen werden nur dann überzeugen, wenn sie diese Situation tatsächlich verbessern – und nicht weitere Unsicherheit schaffen.

In der aktuellen Ausgabe unseres Magazins beschäftigen wir uns mit einem Thema, das im politischen Diskurs häufig zu kurz kommt: der sprechenden Medizin. Sie ist kein nostalgischer Blick zurück, sondern ein zentraler Bestandteil guter Versorgung. Gerade in einer zunehmend technologisch geprägten Behandlung erwarten Patientinnen und Patienten zu Recht Orientierung, Einordnung und verständliche Kommunikation.

All das setzt jedoch voraus, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeit unter Bedingungen leisten können, die professionelles Handeln ermöglichen. Gute Medizin entsteht nicht allein durch neue Strukturmodelle, sondern durch Menschen, die ihren Beruf mit Professionalität ausüben – und dafür den notwendigen Handlungsspielraum haben.

Der Hartmannbund wird die weitere Umsetzung der Krankenhausreform daher aufmerksam begleiten. Ärztliche Expertise muss in diesem Prozess gehört werden. Denn eines sollte bei allen Strukturdebatten nicht aus dem Blick geraten: Die Qualität unseres Gesundheitswesens entscheidet sich nicht in der Theorie. Reformpolitik braucht Maß, Verlässlichkeit und Vertrauen in diejenigen, die täglich Verantwortung für Patientinnen und Patienten tragen.

Mit kollegialen Grüßen

Klaus Reinhardt

Dr. Klaus Reinhardt

Hartmannbund-Stipendium

Jahresstipendium für Medizinstudierende

– NEUE AUSSCHREIBUNG –
Hartmannbund-Stipendium 2026

Die Stiftung* des Hartmannbundes schreibt für Studierende der Human- und Zahnmedizin ein jährliches Stipendium für sehr gute Studienleistungen und für berufs- und sozialpolitisches Engagement während des Studiums aus.

Neben den herausragenden fachlichen Leistungen wird auch ein berufs- oder sozialpolitisches Engagement während des Studiums in die Wertung einbezogen.

Für die Bewerbung reichen Sie bitte folgende Unterlagen in Kopie ein:

- formlosen schriftlichen Antrag
- Nachweis der Studiausbildung (Immatrikulationsbescheinigung, Studienausweis)
- Nachweis sozial- oder berufspolitisches Engagement
- Zeugnisse, Urkunden oder Einschätzungen der Hochschullehrer



Weitere Details zur Vergabe des Stipendiums finden Sie unter www.hartmannbund.de/stipendium

Die Bewerbungsfrist endet am **30. Juni 2026**.

Die schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:

Klaus Rinkel
Vorsitzender der „Friedrich-Thieding-Stiftung“
Kurfürstenstraße 132
10785 Berlin

oder per E-Mail an johanna.heinrichs@hartmannbund.de



Bei der Vergabe des Stipendiums wird die Stiftung von der Sigma Bank AG unterstützt.

* Die Aufgabe der in den siebziger Jahren gegründeten Friedrich-Thieding-Stiftung ist in erster Linie die Förderung der Forschung, Lehre und Erwachsenenbildung auf allen Gebieten des Gesundheitswesens und insbesondere der ärztlichen Berufsausübung.

Inhalt



Der Wunsch nach Gesprächen auf Augenhöhe: Warum gute Kommunikation für Diagnose, Therapie und Vertrauen immer wichtiger wird

Gut 200.000 Gespräche führen Ärzt:innen im Laufe ihres Berufslebens mit Patient:innen. Sie sind entscheidend für erfolgreiche Diagnosen und Therapien. Trotzdem nehmen sie gegenwärtig im Gesundheitssystem keine Schlüsselrolle ein – zumindest nicht, wenn es um die Abrechnung der medizinischen Leistung geht. Dabei lohnt es sich, die eigene Gesprächsführung zu überdenken. Das Konzept Shared Decision Making – die gemeinsame Entscheidungsfindung über medizinische Maßnahmen – konnte in Forschungsprojekten bereits überzeugen. Dennoch hat es sich noch nicht in der Versorgungslandschaft durchgesetzt.

6

24

Zwei Schritte nach vorne, einer zurück
Quartalsabschluss im Zeichen der Krankenhausreform



31

Die Hightech Agenda Deutschland steht vor dem ersten Schritt
Reform der Pflegeversicherung

26

Gesetz soll Versorgung krisenfester machen
Mitte des Jahres angepeilt



32

Public-Health-Strategie: Die Ärzteschaft als Schlüsselakteur
Prävention und Gesundheitsförderung

28

Wie steht es um die ärztliche Karrierewahl und Existenzgründung?
Trend zur Teilzeitarbeit



30

Debatte um telefonische Krankschreibung und Karenztage
Prävention stärken

33

Medizinstudierende: „Dinge, die man nicht mit einer Puppe üben kann“
Virtuelles Schockraumszenario an der Uni Ulm

34 Service Kooperationspartner

40 Ansprechpartner

41 Kleinanzeigen

42 Impressum

Warum gute Kommunikation für Diagnose, Therapie und Vertrauen immer wichtiger wird

Der Wunsch nach Augenhöhe

Gut 200.000 Gespräche führen Ärzt:innen im Laufe ihres Berufslebens mit Patient:innen. Sie sind entscheidend für erfolgreiche Diagnosen und Therapien. Trotzdem nehmen sie gegenwärtig im Gesundheitssystem keine Schlüsselrolle ein – zumindest nicht, wenn es um die Abrechnung der medizinischen Leistung geht. Dabei lohnt es sich, die eigene Gesprächsführung zu überdenken. Das Konzept Shared Decision Making – die gemeinsame Entscheidungsfindung über medizinische Maßnahmen – konnte in Forschungsprojekten bereits überzeugen. Dennoch hat es sich noch nicht in der Versorgungslandschaft durchgesetzt.

Kommunikation als Qualitätsmerkmal moderner Medizin – noch ist das nicht Realität, was Dr. Johannes Kahle sich als Rahmenbedingung im Umgang mit Patient:innen wünscht. Zumindest nicht überall im deutschen Gesundheitswesen. In seinem beruflichen Alltag an der Augenklinik des Universitätsklinikums Ulm erlebt der Facharzt für Augenheilkunde täglich, wie wichtig strukturierte, patientenzentrierte Gespräche sind, besonders bei chronisch Erkrankten: „In der Augenheilkunde bedeutet Kommunikation häufig, komplexe Befunde und langfristige Therapiekonzepte in sehr kurzer Zeit verständlich zu erklären. Dabei geht es nicht nur um medizinische Fakten und Information, sondern auch um grundlegende emotionale Aspekte – etwa die Angst vor operativen Eingriffen oder Erblindung.“

Eine gelungene Gesprächsführung ist für ihn deshalb elementar für den Behandlungserfolg. Weil sie Vertrauen, Verständnis und Zufriedenheit bei Patient:innen fördert. Das wiederum wirke sich unmittelbar auf die Adhärenz aus – also die konkrete Umsetzung der ärztlichen Handlungsempfehlung, die zuvor gemeinsam von Arzt und Patient erarbeitet wurde. Gerade bei chronischen Erkrankungen ist eine verbesserte Therapietreue ein wichtiger Aspekt, der den Krankheitsverlauf direkt beeinflussen kann. Zum Beispiel bei Betroffenen mit fortgeschrittenem Glaukom: Haben sie Vertrauen durch eine gute Kommunikation gefasst, ihr Krankheitsbild richtig verstanden und in der Folge die vereinbarte Tropftherapie konsequent eingehalten, kann das langfristig den Unterschied zwischen stabilem Sehen und Erblindung ausmachen. „In solchen Fällen ist Kommunikation nicht nur Begleitung – sie ist ein wesentlicher Teil der Therapie“, betont Kahle.

Rechtlicher Anspruch auf informierte Entscheidungen

Was er beschreibt, wird auch Shared Decision Making (SDM) genannt. Der englische Begriff steht für den Prozess einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient. Ziel ist es, dass Ärzt:innen ihre medizinische Expertise und aufgeklärte, informierte Patient:innen ihre Wünsche, Gefühle und Erwartungen teilen, um auf dieser Grundlage individuelle medizinische Entscheidungen zu treffen. Was heute als Ideal der Arzt-Patienten-Beziehung gilt, wird in Deutschland noch gar nicht so lange praktiziert. Erst 2001 wurde systematisch damit begonnen, mehr Beteiligung von Patient:innen in der Versorgung zu implementieren. Es gab seinerzeit erste Modellprojekte und einen Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Gesundheit. Seit 2013 ist der Anspruch von Patient:innen auf informierte Entscheidungen in Deutschland rechtlich verankert. Das Patientenrechtegesetz verpflichtet Ärzt:innen, nachvollziehbar über mögliche medizinische Maßnahmen aufzuklären und Patient:innen in den Entscheidungsprozess einer individuellen Therapie einzu-

binden. Das SDM-Konzept steht also für eine vertrauensvolle partnerschaftliche Beziehung auf Augenhöhe, ganz im Gegensatz zum paternalistischen Modell, das vorher Standard war.

Dieser Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung beeinflusst nicht nur, wie sie miteinander in Kontakt treten, sondern es verbessert auch die Versorgungsqualität – und das bei weniger Kosten. Das konnte am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein am Campus Kiel gezeigt werden. Dort wurde mit dem Programm SHARE TO CARE erstmals in einem kompletten Krankenhaus der Maximalversorgung das SDM-Konzept implementiert. Möglichst viele Patient:innen sollten dadurch die Chance einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit ihren Ärzt:innen erhalten. Um das zu realisieren, wurden vier Bausteine umgesetzt: Betroffene und deren Angehörige wurden motiviert, aktiv auf Ärzt:innen zuzugehen. Diese wurden in der Kommunikation geschult sowie Pflegepersonal qualifiziert. Und schließlich wurden Entscheidungshilfen entwickelt, über die sich die Erkrankten evidenzbasiert und laienverständlich zu einer Vielzahl von Krankheitsbildern informieren können.

Gefördert wurde das Projekt von 2017 bis 2021 durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Im Laufe der Förderphase stieg die Gesundheitskompetenz signifikant an, ebenso konnte die Patientensicherheit signifikant erhöht werden. Die Zahl der Notfalleinweisungen sank um 13 Prozent gegenüber dem Bundesdurchschnitt und es kam zu einer Verringerung der Über-, Unter- sowie Fehlversorgung. Weil die Entscheidungshilfen die Aufklärungsarbeit erleichterten, konnten die Arzt-Patienten-Gespräche sinnvoll strukturiert und durch eine effizientere Kommunikation sogar Zeit eingespart werden.

SDM als fester Standard?

Trotz dieses Erfolgs ist eine Überführung in die bundesweite Regelversorgung noch nicht gelungen, auch wenn dies vom G-BA empfohlen wurde. In Kiel wird die Vergütung von SDM mittlerweile selektivvertraglich geregelt. Für den ambulanten Sektor fehlt auch eine SDM-Strategie. Kurz: In Deutschland wird Shared Decision Making bislang kaum umgesetzt. Das paternalistische Modell mit ärztlich dominierten Entscheidungen sei immer noch der Regelfall, urteilt Prof. Dr. Friedemann Geiger in einem Artikel, der im Januar in der Fachzeitschrift Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz veröffentlicht wurde. Geiger ist Leiter des Nationalen Kompetenzzentrums Shared Decision Making in Kiel und Sprecher des erst Mitte Februar gegründeten „Aktionsbündnisses für gemeinsame Entscheidungen im Gesundheitswesen“. Ziel dieses Aktionsbündnisses ist es, SDM als festen Standard in der medizinischen Versorgung zu etablieren.

Das könnte sich als schwierig erweisen. Denn als einen entscheidenden hemmenden Faktor macht Geiger den ökonomischen Druck im Gesundheitssystem aus, der sich ungünstig auf eine Orientierung hin zur gemeinsamen Entscheidungsfindung auswirkt.



Dr. Johannes Kahle

Statt primär das Patientenwohl im Blick zu haben, werde die Ausrichtung des medizinischen Handelns auf Erlösoptimierung begünstigt. Statt gemeinsam die bestmögliche Therapie herauszuarbeiten, werde finanziell belohnt, wer paternalistisch jede Therapie auswähle, die bestmöglich zum Leistungserbringer passe, beschreibt Geiger die derzeitige Situation. Die Folgen seien Überversorgung beziehungsweise eine Fehlversorgung.

„In unserem sehr stark ökonomisierten Gesundheitssystem spielt die Arzt-Patienten-Beziehung in mehrfacher Hinsicht eine ganz zentrale Rolle“, sagt Prof. Dr. Franz-Josef Bormann. Er ist Inhaber des Lehrstuhls für Moralthologie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen und beschäftigt sich mit aktuellen Konfliktfeldern der Medizin- und Bioethik.

Anpassung der Honorierung erforderlich

Kommunikation wird im derzeitigen Vergütungssystem häufig nicht ausreichend abgebildet und stehe deshalb nicht im Fokus. Vor diesem Hintergrund wäre eine Anpassung der Honorierung sinnvoll, um den kommunikativen Anteil der ärztlichen Tätigkeit angemessen zu berücksichtigen. „Da bedarf es einer Umschichtung mit Blick auf die Wertigkeit der jeweiligen Leistung, die Ärztinnen und Ärzte erbringen. Das meiste Geld wird zurzeit mit hochtechnisierter Medizin verdient, auch wenn das keineswegs immer das Beste für den Patienten sein muss.“ Die Dysfunktionalität unseres Gesundheitssystems, das im internationalen Vergleich zu teuer, zu ineffizient und nicht patientenfreundlich ist, zeige sich auch an der geringen Wertigkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation. „Der verantwortungsbewusste Arzt wird – und muss – natürlich kommunizieren. Aber er kann es eben nicht in einer Weise tun, die wirtschaftlich vertretbar ist. Das ist für alle Beteiligten ein Problem, weil es strukturell so angelegt ist“, sagt Bormann.

Patient:innen hingegen seien eindeutig existenziell auf eine gute Kommunikation angewiesen. Allein schon deshalb, weil es ein Wissensgefälle mit Blick auf medizinische Kenntnisse gibt. „Sich diese strukturelle Asymmetrie aus der ärztlichen und der Patientenperspektive klarzumachen ist für mich eine wichtige Schnittstelle, an der Reformüberlegungen ansetzen müssten. Denn eigentlich ist allen Beteiligten bewusst, dass eine gute Kommunikation keine Selbstverständlichkeit ist.“ Bormann macht große Defizite in der Ausbildung aus, sieht dort eine zu geringe Gewichtung der Kommunikation als wichtige Dienstleistung: „Das ist insofern prekär, weil Ärztinnen und Ärzte im gegenwärtigen System oftmals in hoch emotional verdichteten Situationen kommunizieren müssen – und es dann oft nicht können.“ Gerade, wenn es medizinische Entscheidungen am Lebensende betrifft, existenziell bedrohliche Botschaften übermittelt und Fragen wie Therapiebegrenzung oder Therapiezieländerung angesprochen werden müssen, ist eine gute Kommunikation unerlässlich.

Erkrankte sind in dieser Situation besonders vulnerabel, ihre

„In unserem sehr stark ökonomisierten Gesundheitssystem spielt die Arzt-Patienten-Beziehung in mehrfacher Hinsicht eine ganz zentrale Rolle“

Wünsche und Reflektionen im Gespräch wahrzunehmen und zu berücksichtigen, steht an zentraler Stelle. „Hier passieren aber viele Fehler. Die Folgen von schlechter Arzt-Patienten-Kommunikation sind unter anderem auch Unterversorgung, Übertherapie und Fehlallokationen – mit oft fatalen Konsequenzen besonders am Lebensende“, sagt Bormann. Auch, weil in der Gesellschaft nicht darüber gesprochen wird, wie ein natürlicher Tod in der modernen technisierten Medizin aussehen könnte. „Das Thema wurde jahrzehntlang bis heute tabuisiert. Wir haben keine Auszubildenden, in denen Ärztinnen und Ärzte, aber auch Pflegekräfte, darauf vorbereitet werden. Was bedeutet es für sie, dass sie in ihrem Leben so oft dem Tod begegnen werden? Dass unter solchen Bedingungen keine zielführende Beratung, Aufklärung und Begleitung von Patientinnen und Patienten zu erwarten ist, ist eigentlich selbstverständlich.“ Sollte in Zukunft ärztliche Kommunikation als zentrale Schlüsselstelle begriffen werden, müssten daraus Konsequenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung folgen, fordert Bormann.

Rüstzeug für eine gute Kommunikation

„Die Idee hinter dem SDM-Konzept ist im Prinzip klar und verstanden. Aber sowohl in Deutschland als auch international ist das Konzept noch nicht ausreichend in der Versorgung angekommen. Es ist noch nicht ganz in den Köpfen und den Herzen der Kollegen angekommen, auch an der Implementierung ins Gesundheitssystem müssen wir noch intensiv arbeiten“, sagt Prof. Dr. Dr. Martin Härter. Er ist Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Seine Forschungsschwerpunkte sind unter anderem Patientenbeteiligung und Arzt-Patienten-Kommunikation im Gesundheitswesen. Um in den kommenden Generationen das SDM-Konzept voranzubringen, werden an den Universitäten, vor allem auch in Hamburg, dazu spezifische Lehrveranstaltungen, insbesondere mit praktischen Übungen, durchgeführt. In Zukunft wird dies wohl an den Universitäten auch noch mehr Raum erhalten, denn Shared Decision Making wurde in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin aufgenommen. Härter berichtet von Seminarangeboten zur ärztlichen Gesprächsführung und partizipativen Entscheidungsfindung, zu Leitlinien der Risikokommunikation und den Umgang mit Entscheidungshilfen. Damit soll den Studierenden das Rüstzeug für eine gute Patientenkommunikation und –beteiligung vermittelt werden. Durch die Nutzung von medizinischen Entscheidungshilfen und Prinzipien der Risikokommunikation erfolgt eine patientenzentrierte Beratung zu medizinischen Verfahren, bei der Daten, Zahlen und Tabellen bezüglich der Vor- und Nachteile verschiedener Therapieoptionen genutzt werden können, um evidenzbasierte Informationen zu vermitteln. Denn dies ist noch immer kein Standard in Arzt-Patienten-Gesprächen.



Prof. Dr. Franz-Josef Bormann



Prof. Dr. Dr. Martin Härter

Gesprächsführung als Herausforderung

„Es ist eindrucksvoll zu sehen, wie schnell Studierende diese Strategien lernen und praktisch-mündliche Prüfungen dazu mit sehr guten Noten bestehen“, erzählt Härter. Erfahreneren, die sich über Jahre oder sogar Jahrzehnte hinweg einen bestimmten Stil der Gesprächsführung angeeignet haben, falle es hingegen nicht selten schwerer, ihr Verhalten zu verändern, sich mit dem eigenen Kommunikationsstil auseinanderzusetzen. Herausfordernd ist im Zweifelsfall auch ein Gesprächsverlauf, der nicht den eigenen Vorstellungen entspricht: „Man muss auch akzeptieren können, dass Patienten nicht alles akzeptieren, was ich als Arzt vorschlage. Am Ende geht es um ihre individuelle Entscheidung, es geht um ihr Leben und ihren Körper. Damit muss ich umgehen können. Manche können das, manche nicht so gut“, so Härter.

Als weiterer Grund, warum Shared Decision Making noch nicht flächendeckend Anwendung findet, wird häufig der Faktor Zeit in Arztkonsultationen genannt. „Das Vorurteil sitzt tief, dass wir dafür nicht ausreichend Zeit zur Verfügung haben. Das stimmt allerdings nicht. Es gibt Studien, die das Gegenteil belegen: Shared Decision Making erfordert nicht mehr Zeit, wenn es gut geschulte Ärzte und Ärztinnen praktizieren“, sagt Härter. Das konnte auch in Kiel gezeigt werden: War das strukturierte Vorgehen für die gemeinsame Entscheidungsfindung erst einmal erlernt und das SDM-Konzept in der Institution implementiert, musste auch nicht mehr Zeit aufgewendet werden als bei bisherigen Gesprächsroutinen. In Hamburg lernen Studierende in Vorbereitung auf die eng getaktete Alltagsroutine im Beruf, auch bei kurzen Konsultationen von nur gut acht Minuten eine effiziente Kommunikation zu führen. „Das Gespräch an sich muss ein wenig anders strukturiert werden“, sagt Härter. Wichtig sei, falls eine medizinische Entscheidung anstehe, das Gespräch direkt darauf zu lenken. Alle Therapieoptionen mit entsprechenden Vor- und Nachteilen müssten – idealerweise mit Entscheidungshilfen – besprochen, die persönlichen Präferenzen der Patient:innen berücksichtigt werden. „Dann funktioniert das auch sehr gut und systematisch.“

Härter lässt Optimismus durchschimmern, wenn er über das Thema spricht. Die bisherigen Modellprojekte hätten viel Positives gezeigt. Eine Implementierung in die Regelversorgung ist für ihn nicht nur wünschenswert, sondern zumindest in größeren Einrichtungen in den kommenden Jahren durchaus realistisch. Bleibt abzuwarten, inwieweit sich die Bereitschaft, Shared Decision Making auch zu praktizieren, in der Ärzteschaft durchsetzen wird. „Das traditionelle Bild vom ‚Halbgott in Weiß‘ ist überholt“, sagt Kahle. „Patienten wünschen sich heute partnerschaftliche Expertise. Sie möchten beteiligt werden, ohne mit der Verantwortung alleingelassen zu werden.“ Kahle hat an der Universität Ulm zum Wandel der Arzt-Patienten-Kommunikation promoviert. Oder ge-

nauer gesagt über die Entwicklung der Patientenerwartung an die Arzt-Patienten-Kommunikation.

In seiner Dissertation führte Kahle einen Generationenvergleich durch, um die Patientenerwartung und deren mögliche Veränderung im zeitlichen Verlauf abzubilden. Dafür nutzte er den Patientenerwartungsbogen PATER, der in der Sektion „Medizinische Psychologie“ der Universität Ulm entwickelt worden war. Darüber lassen sich die vier zentralen Erwartungsdimensionen „Symmetrie“, „psychische Unterstützung“, „formale Beziehung“ und „Unsicherheit gegenüber Ärzten“ erfassen. Es wird also beispielsweise danach gefragt, ob Patient:innen den Wunsch haben, eine ärztliche Kommunikation auf Augenhöhe zu führen, eine emotionale Begleitung durch die Behandelnden zu erfahren, sie eher eine sachlich-distanziert, formell-geschäftliche Kommunikation bevorzugen oder Gefühle wie Unterlegenheit, Hemmungen oder Verunsicherung im direkten Arzt-Patienten-Kontakt zu empfinden.

Wandel in der Gesellschaft

Kahle verglich Stichproben aus den Jahren 1996/1997 und 2018 miteinander. Die Ergebnisse belegen einen klaren gesellschaftlichen Wandel im Laufe der 21 Jahre: Sie möchten heute stärker beteiligt werden und aktiv mitentscheiden. Der Wunsch nach psychischer Unterstützung hat signifikant zugenommen. Das heißt, Empathie und Anteilnahme werden bei Ärzt:innen mittlerweile stärker vorausgesetzt. Gleichzeitig ist eine formale, distanzierte Kommunikation weniger erwünscht und die Patient:innen treten selbstbewusster gegenüber ihren Behandelnden auf. „Insgesamt bildet sich damit wissenschaftlich der Übergang vom paternalistischen Modell hin zum Ideal des Shared Decision Makings ab“, erklärt Kahle. „Wird dieser gesellschaftliche Wandel der Kommunikationspräferenzen nicht wahrgenommen, kommuniziert man leicht am Patienten vorbei.“

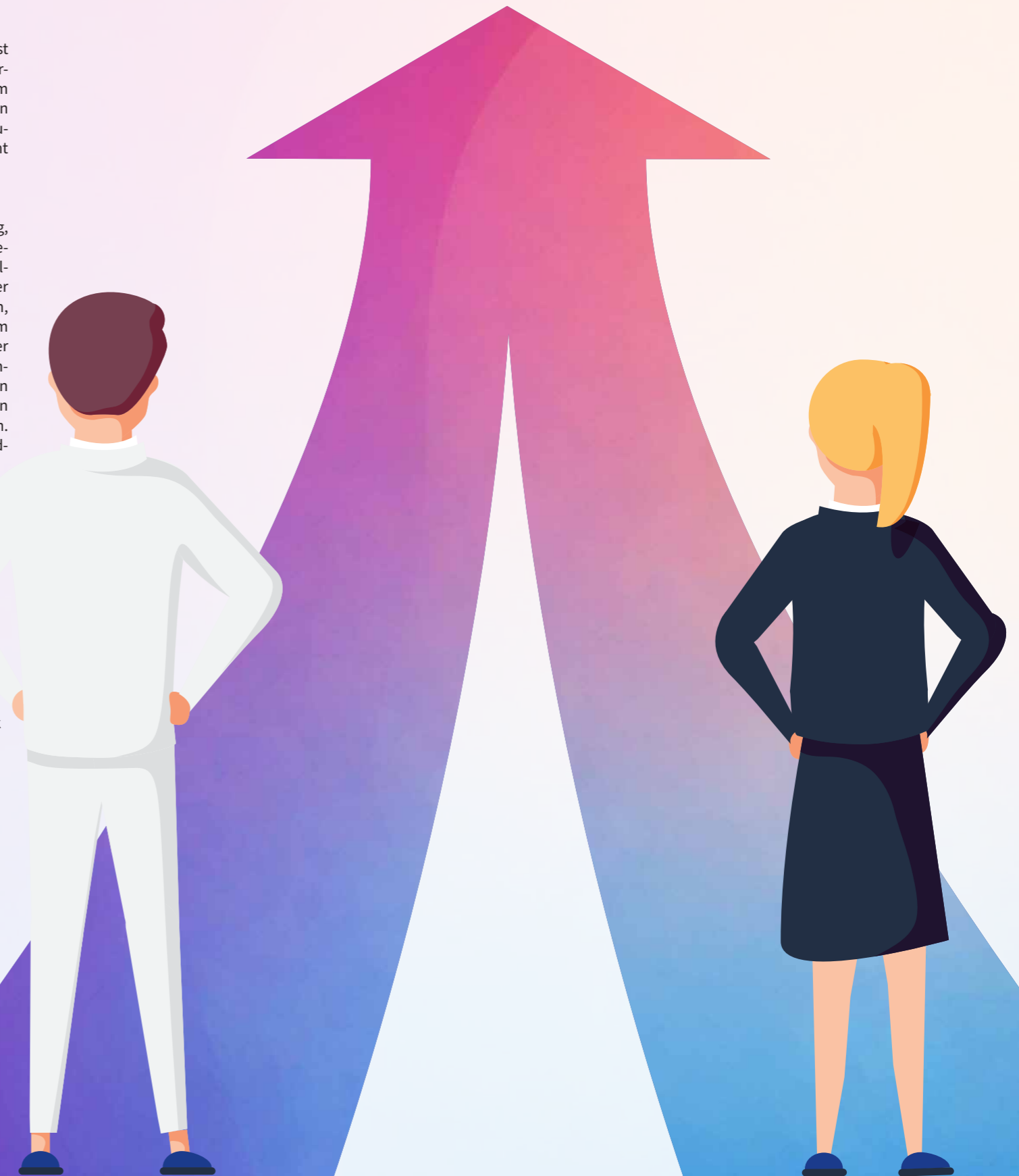
Somit konnte Kahle in seiner Studie feststellen, dass das klassische SDM-Modell einer Ergänzung bedarf. Eine reine Aufklärung und aktive Mitentscheidung reicht vielen heute nicht mehr aus, das Bedürfnis nach ärztlicher Empathie ist gestiegen. Das sorgt für einen

therapeutischen Konflikt, der im Gespräch nur schwer zu lösen ist und jeweils grundverschiedene Stilmittel der Kommunikation voraussetzt. „Der Arzt muss in der Lage sein, einerseits strukturiert im Sinne des „informed consent“ zu beraten und andererseits – wenn erforderlich – empathisch zu begleiten. Das erfordert eine kommunikative Kompetenz, die in der ärztlichen Ausbildung bislang nicht ausreichend systematisch vermittelt wird“, so Kahle.

Größere Therapieerfolge und effizientere Prozesse

Ärzt:innen stehen in dieser Situation vor der Herausforderung, die Gesprächsführung flexibel an den individuellen Bedarf ihres Gegenübers anzupassen. Zusätzlich spielen weitere Aspekte eine Rolle: Wie steht es um deren Gesundheitskompetenz? Möchten oder können Patient:innen überhaupt die Verantwortung übernehmen, eine medizinische Entscheidung mitzubestimmen? Gerade dem Erstkontakt kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu: Hier entscheidet sich, ob sie sich verstanden und ernstgenommen fühlen. Das ist die Grundlage dafür, ob sie der behandelnden Person und der Institution langfristig vertrauen – ein Umstand, der den Erfolg der weiteren Behandlung maßgeblich beeinflussen kann. Erwartungen müssen also frühzeitig erkannt und richtig eingeordnet werden, damit die Arzt-Patienten-Kommunikation gelingt. Damit das einfacher gelingt, könnte in Zukunft ein kurzes Erwartungsscreening mit Hilfe des PATER-Fragebogens bei der Erstvorstellung hilfreich sein. „Das macht sichtbar, dass Patienten sehr unterschiedliche Erwartungen an das ärztliche Gespräch mitbringen“, erklärt Kahle. Behandelnde können dadurch besser einschätzen, welche Kommunikationsstrategie für das jeweilige Gegenüber angemessen ist und entsprechend reagieren. Davon profitieren alle: „Als Maximalversorger sehen wir am Universitätsklinikum Ulm, dass strukturierte Kommunikation nicht nur individuelle Therapieerfolge verbessern, sondern auch Prozesse effizienter gestalten kann – etwa durch präzisere Anamnese, zielgerichtete Diagnostik und gesteigerte Therapieadhärenz.“

” Wird dieser gesellschaftliche Wandel der Kommunikationspräferenzen nicht wahrgenommen, kommuniziert man leicht am Patienten vorbei “



Interview mit Prof. Dr. Jalid Sehouli

„Kommunikation ist unser wichtigstes Instrument, um Vertrauen aufzubauen“

Die Zusammenarbeit mit Patient:innen ist die Grundlage einer gelungenen Arzt-Patienten-Kommunikation – davon ist Prof. Dr. Jalid Sehouli überzeugt. Der Gynäkologe und Onkologe erklärt, warum eine neue Kommunikationsstruktur im deutschen Gesundheitswesen notwendig ist, weshalb es im Gespräch manchmal wichtig ist, Stille auszuhalten, und warum er seinem Gegenüber gelegentlich applaudiert.

Prof. Dr. Sehouli, warum sollte Kommunikation im medizinischen Alltag eine größere Rolle spielen?

Prof. Dr. Jalid Sehouli: Bei der Kommunikation in der Medizin geht es natürlich erst einmal darum, Informationen mitzuteilen, Botschaften zu überbringen. Das Geheimnis der Medizin ist aber tatsächlich die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Und hier ist die Kommunikation, unsere Sprache, das wichtigste Instrument, um Vertrauen aufzubauen. Partizipation, die Teilhabe im Rahmen der juristischen Aufklärung oder des Shared Decision Making – also dass man Entscheidungen zu medizinischen Maßnahmen oder Therapieentscheidungen immer in Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten trifft – funktioniert nur, wenn ich zu ihnen Vertrauen aufbauen kann. Das ist die Grundlage dafür, um im Gespräch ihre Erwartungen, Präferenzen, ihr Verständnis überhaupt wahrzunehmen. Wir sollten uns als Ärzte nicht daran messen, was wir aufgeschrieben oder vermeintlich einem Patienten erklärt haben, sondern was bei ihm tatsächlich angekommen ist. Das ist wahrscheinlich ein großer Unterschied zu dem, was wir heute allgemein in der klinischen Praxis erleben: Die Berücksichtigung der Patientenperspektive und die Kommunikation mit Patienten ist weit davon entfernt, was wir in unseren Leitbildern formuliert haben.



Prof. Dr. Jalid Sehouli

Kommunikation ist. Das wollte ich ändern und habe mich auf die Reise begeben, mich genauer damit auseinanderzusetzen, klinisch und wissenschaftlich.

Jahre später, im Jahr 2024, hatten Sie die Idee einer Petition für eine bessere Finanzierung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, haben sich für eine Strukturänderung starkgemacht. Sehen Sie das immer noch so?

Ich bin immer noch der Meinung, dass es eine konzentrierte Aktion, eine starke Allianz braucht, um eine neue Kommunikationsstruktur und bessere Rahmenbedingungen dafür zu schaffen. Wir sollten uns sektoren- und berufsgruppenübergreifend – denn das Thema betrifft ja nicht nur die Ärzteschaft – die grundlegende Frage stellen: Wie wichtig ist uns Kommunikation mit Patienten? Wollen wir sie verbessern oder nicht? Wenn wir als Gesellschaft der Meinung sind, dass dies wichtig ist, dann sollten wir uns auch gemeinsam auf den Weg machen und Konzepte und Pilotstrukturen erarbeiten. Dann muss man sich aber auch damit auseinandersetzen, wie viel das alles kosten darf und was damit erreicht werden soll. Ist diese Haltung nicht vorhanden, wird sich allerdings nichts verändern. Und ich finde, momentan fehlt diese konkrete Auseinandersetzung mit dem Thema noch. Ich spüre zwar in der Ärzteschaft eine Sehnsucht nach mehr Raum für gute Gespräche. Gleichzeitig ist da aber auch eine Unsicherheit, wie man aus unserem klassischen System ausbrechen oder dessen Strukturen ändern kann.

Wie erleben Sie als Arzt, der Patientinnen zum Teil lebensbedrohliche Diagnosen überbringen muss, die aktuelle Situation?

Ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch ist momentan eher ein „nice to have“. Es sollte aber nicht nett sein, einen Arzt zu haben, der einem zuhört – das muss der Standard sein. Kommunikation ist in unserem Gesundheitssystem aber völlig unterfinanziert. Das Gespräch mit Patientinnen und Patienten, vor allem das komplizierte Gespräch, kann nur einmal im Quartal über zehn Minuten abgerechnet werden. Das muss aufgewertet werden. Es kann nicht sein, dass wir für diagnostische Maßnahmen immer mehr Geld einfordern, aber Basismedizin und Kommunikation dabei nicht mitgedacht werden. Gerade die Kommunikation, das Erklären, nimmt bei partizipatorischen Entscheidungsprozessen einen immer größeren Raum ein, weil die Medizin kleinteiliger, komplizierter und multimodaler wird. Ich denke deshalb, dass wir die Kommunikation in der Medizin neu erfinden müssen. Wie wäre es, wenn wir in Therapien die dafür not-



Prof. Dr. Jalid Sehouli hat gerade erst für sein außergewöhnliches Engagement bei der Behandlung und Begleitung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren das „Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland“ erhalten. Hier mit Dr. Ina Czyborra, Berlins Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege.

wendige Kommunikation über Wirkungen, Nebenwirkungen und Therapieziele mit einpreisen? Oder gut geführte Gespräche besser honoriert würden als schlecht geführte? Das bedeutet natürlich, dass es dafür Vorhaltemaßnahmen bräuhete, mehr Zeit, Ausbildung und Nachbesprechungen.

Und es bräuhete auch eine Definition dafür, was eigentlich eine gute Patientenkommunikation ist. Was macht für Sie eine gelungene Gesprächsführung aus?

Für mich ist es wichtig, ein Gespräch auf Herzeshöhe zu führen. Einem Patienten den eigenen Gesprächsstil nicht aufzuzwingen, sondern sich ihm gewissermaßen anzupassen. Ein gutes Gespräch ist dann erreicht, wenn sowohl Arzt als auch Patient grundsätzlich ein Interesse daran haben, wieder in ein nächstes Gespräch mit-

einander zu gehen. Das Worst-Case-Szenario ist, wenn eine Seite die Beziehung aufkündigt. Davor müssen wir Patienten schützen, denn die Konsequenz könnte nicht nur die Aufkündigung einer Beziehung zu einem einzelnen Arzt sein, sondern eine generelle Abkehr vom Gesundheitssystem. Wann ist ein Gespräch ein gutes Gespräch? Das kann man nicht pauschalisieren. Aber was einem bewusst sein muss: Ein Gespräch, eine gute Kommunikation ist letztendlich unsere wichtigste Arznei. Alle Regeln für ein Medikament müssten eigentlich ebenso für ein Gespräch berücksichtigt werden, damit es seine Wirksamkeit entfaltet: Es gibt eine Indikation und relative Kontraindikationen, Dosis und Galenik. Was soll mit dem Gespräch erreicht werden? Wie lebensbedrohlich ist die Diagnose – das hat einen Einfluss darauf, wie viele Informationen ich in welcher Lautstärke übermittele. Verstehen Patienten mich

oder muss ich das Tempo, den Inhalt, die Informationsdichte des Gesprächs verändern? Muss ich vielleicht etwas zeichnen, um die Botschaften klarer formulieren zu können?

Das klingt alles nach Punkten, die man sich in einer Ausbildung aneignen könnte – wo sehen Sie hier Verbesserungsbedarf?

Zunächst müsste man sich Gedanken machen, was es braucht, um eine gute Kommunikation führen zu können. Zwar ist es schon ganz gut, was hierzu im Studium mittlerweile gelehrt wird. Aber es reicht bei Weitem nicht aus. Es ist ein lebenslanger Lernprozess, gute Gespräche führen zu können. Man könnte also nach dem Studium zum Beispiel Fortbildungen für eine gute Kommunikation als Pflichtveranstaltung einführen, die aber nicht von den Ärzten selbst getragen, sondern von der jeweiligen Institution – dem Krankenhaus oder der Praxis – übernommen wird. So ähnlich wie bei Fortbildungen zur Hygiene, die auch zur Standardausbildung gehören. Man könnte diese Fortbildungen auch als Qualitätsindikator nehmen. Im Sinne von „Wie kann ich meine Mitarbeiter unterstützen“?

Weil das Wissen über eine gute Gesprächsführung im medizinischen Alltag entlasten kann?

Genau. Vor gut zwei Jahren haben wir eine Studie publiziert, für die wir mehr als 1500 Studierende und Ärzte befragt haben, wie sie mit der Übermittlung von schlechten Nachrichten umgehen. Wir haben gesehen, dass viele von ihnen immer noch nicht ausreichend und nicht strukturiert dazu ausgebildet sind und es sie belastet, wenn sie schwierige Gespräche führen müssen. Werden aber mindestens 20 Stunden in Aus- und Weiterbildung zur guten Patientenkommunikation investiert, dann sinkt die Angst der Ärzte und Studierenden vor diesen Gesprächen signifikant. Damit wird auch die Gefahr kleiner, einen Burnout durch diesen immer wiederkehrenden Stress zu erleiden. Das heißt, das Angebot solcher Fortbildungen zeigt nicht nur die Wertschätzung für seine Mitarbeiter, sondern ist auch im Sinne des Gesundheitsschutzkonzepts ein relevanter Aspekt. Und ich gehe noch weiter: Gute Kommunikation hat genauso ökonomische Vorteile, weil die Prozesse besser werden. Dadurch kann es zu weniger Über- und Untertherapie bei gleichzeitig mehr Patientensicherheit kommen. Ich sehe viele Komplikationen und Fehler wegen fehlender oder schlechter Kommunikation – und zwar mit den Patienten, aber auch zwischen den Berufsgruppen und zwischen den Disziplinen.

Zeit ist im medizinischen Alltag immer ein entscheidender Faktor. Wie gelingt eine gute Kommunikation unter solchen Rahmenbedingungen?

Zeit gab es noch nie in der Medizin. Es wäre doch interessant, Strukturen und Prozesse zu definieren, die Zeit stehlen. Es gibt viele Zeitdiebe, sinnlose Prozesse. Ich beschäftige mich sehr mit dem Thema Time Toxicity: Wie viel Zeit investiere ich als Mensch in eine medizinische Maßnahme? Das ist relevant für Patienten, ihre Angehörigen, aber auch für das medizinische Personal. Häufig werden sinnlose medizinische Schritte zwischengeschaltet, die in der Folge viel Zeit kosten. Digitalisierung kann dabei helfen, die Organisation der medizinischen Maßnahme zu verbessern und Zeitressourcen zu gewinnen, um sich so wieder mehr mit den Patienten beschäftigen zu können.

In der Digitalisierung sehen Sie also eine Chance, wieder mehr mit den Patient:innen in den Austausch treten zu können?

Alles, was dabei hilft, dass ich mich wieder auf meine Kernkompetenz konzentrieren kann, ist sinnvoll. Aber Digitalisierung wird das

Problem nicht lösen, dass wir nicht gut erklären und Menschen nicht erreichen. Es gibt mittlerweile erste Studien, die zeigen, dass durch KI geführte Aufklärung empathischer ist als die vom Menschen. Das hat aber nichts damit zu tun, dass der Algorithmus so gut ist, sondern der Arzt sich seiner Kraft nicht bewusst ist. Oft wird in der Kommunikation unsystematisch gearbeitet.

Wie meinen Sie das?

Zum Beispiel muss bei der Übermittlung schlechter Nachrichten wie einer Krebsdiagnose erst einmal eine Pause gemacht werden. Ärzte können in der Regel diese Stille nicht gut aushalten und durchbrechen sie dann selber, gehen also nicht auf die Reaktion der Patientinnen und Patienten ein, lassen ihnen nicht genug Raum, die Nachricht zu verarbeiten. Es ist relevant, dass wir uns beim Thema Kommunikation noch einmal neu justieren. Abgesehen von Fachbereichen wie der Psychiatrie oder Psychosomatik sind wir in den vergangenen Jahren nur wenig vorangekommen – die Kommunikation ist in der gesamten Ärzteschaft als marginalisiert zu betrachten.

Kann jeder lernen, eine gute Patientenkommunikation zu führen?

Es fehlt uns in der Ärzteschaft manchmal an Selbstreflexion. Mache ich im Beruf Dinge, für die ich tatsächlich ein Talent habe oder die ich auch wirklich machen möchte? Ich sehe es so: Eine Grundvoraussetzung dafür, um Arzt im Krankenhaus oder in der Praxis zu

sein, ist die Liebe zum Menschen. Man muss es mögen, mit Patienten und Angehörigen, mit anderen Berufsgruppen zu reden. Wenn Sie das nicht wollen oder können, dann haben Sie ein Problem. Es gibt natürlich Menschen, die können nicht gut kommunizieren. Die sind aber trotzdem sehr wertvoll für unser Gesundheitssystem, sie sollten nur nicht in der unmittelbaren Patientenkommunikation eingebunden sein beziehungsweise ist bei ihnen eine gewisse Supervision unverzichtbar. Auf der anderen Seite: Der Großteil der Ärzte kann gut kommunizieren, nur noch nicht gut genug. Wir haben das untersucht: Viele machen es gerne und können es gut, aber es ist noch Platz nach oben. Auch ich führe nach all den Jahren immer wieder schlechte Gespräche. Aber ich merke das und in der Regel repariere ich das dann auch.

Haben Sie da ein Beispiel?

Es gibt ja immer solche Gespräche, egal in welchem Kontext: Schon in den ersten Minuten merken Sie, eine Unterhaltung geht total in die Hose. Weil die Chemie nicht stimmt, man ein Kommunikationsproblem oder unterschiedliche Erwartungen hat. Passiert das in einem Gespräch mit einer Patientin oder ihren Angehörigen, schlage ich immer drei Möglichkeiten für den weiteren Verlauf vor. Erstens: Wir führen das Gespräch einfach weiter, selbst wenn die Wahrscheinlichkeit gering ist, dass sich nach dem schlechten Start ein gutes Gespräch entwickeln wird. Zweitens: Ich hole eine der besten Ärztinnen aus meinem Team, die das Gespräch weiterführen wird.

Drittens: Wir unterbrechen das Gespräch, die Patientin verlässt das Zimmer, ich trinke einen Kaffee oder einen marokkanischen Tee, wir sortieren uns neu und danach beginnen wir das Gespräch noch einmal von vorn. Zu 95 Prozent wird diese dritte Möglichkeit gewählt und dann wird das Gespräch auch großartig.

Jetzt haben Sie viel vom Überbringen der schlechten Nachricht erzählt. Gute Nachrichten gibt es ja zum Glück auch in der Medizin. Aber für die braucht es keine besondere Gesprächsführung?

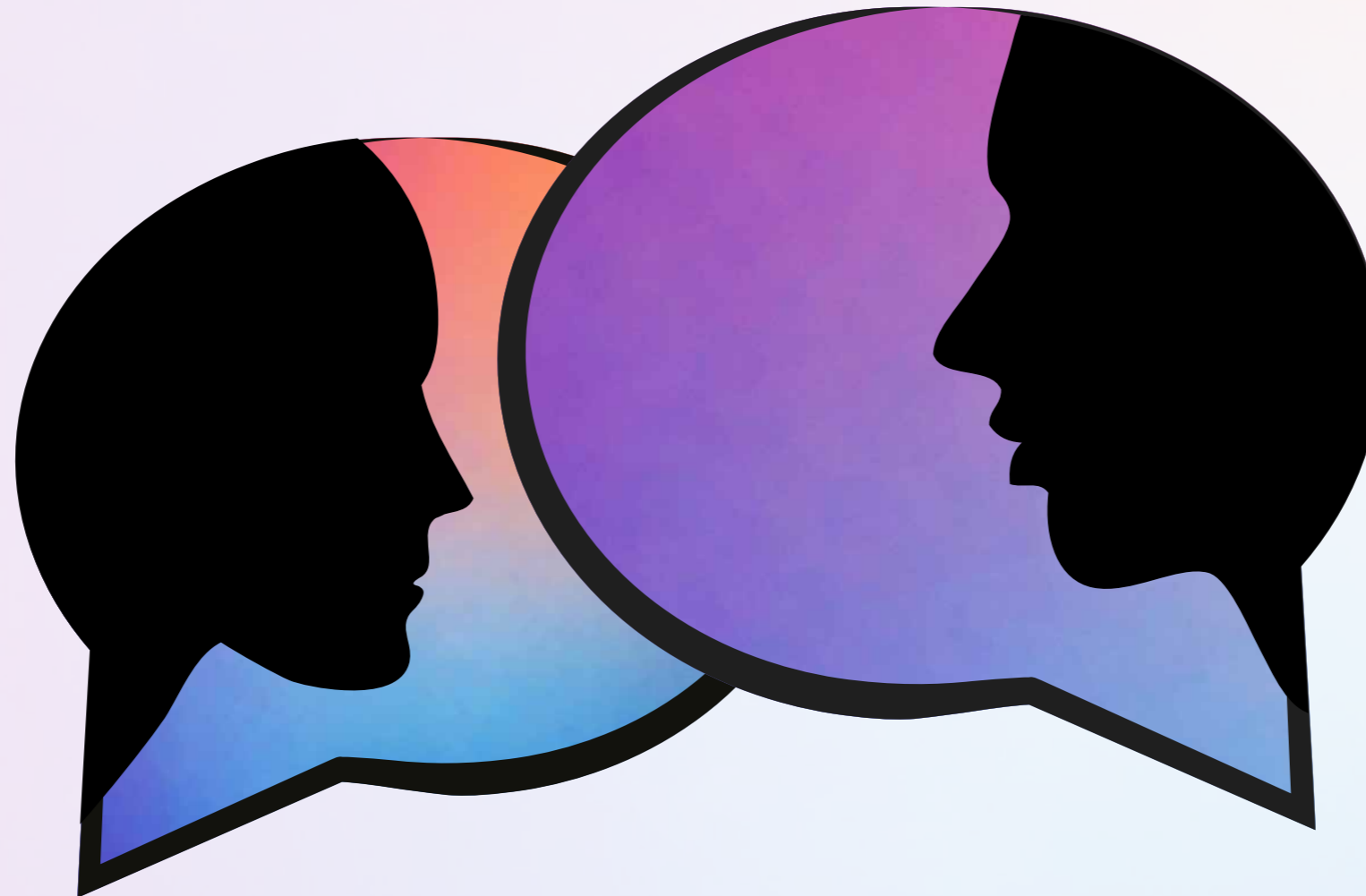
Ich denke durchaus, dass man Patienten erklären muss, warum etwas aus medizinischer Sicht gut ist. Das ist ähnlich wie beim Überbringen von schlechten Nachrichten: Wenn ich eine gute Botschaft habe, muss ich trotzdem auch Pausen zulassen. Und dann erklären, welche Konsequenzen das mit sich bringt. Zum Beispiel, dass nicht operiert werden muss. Wir müssten unseren Patienten im Sinne der Salutogenese viel öfter gute Nachrichten überbringen. Zum Beispiel einem Patienten nach einer Zehnstunden-Operation sagen, dass er einen großartigen Körper hat, der das alles gut aushält. Oder dass man sechs überstandene Chemotherapien auch einmal zelebriert. Bei meinen Visiten ist es ganz selbstverständlich, dass wir als Team dann den Patientinnen applaudieren.

Im übertragenen Sinn?

Nein. Bei mir wird tatsächlich geklatscht. Das muss auch einmal sein – und tut der Beziehung gut.

Wie ist Ihre Einschätzung, hat die Kommunikation in der Medizin in den vergangenen Jahren einen höheren Stellenwert eingenommen?

Ich denke eher, das Gegenteil ist der Fall. Weil die Belastung durch äußere und innere Krisen zunimmt, der Kostendruck immer größer wird. Man muss sich die Frage stellen, wollen wir uns nun auf den Weg machen oder nicht? Und ich denke: Ja, wir müssen uns auf den Weg machen. Ich sehe das als berufsstanddefinierte Aufgabe. Das ist ein gesellschaftlicher Auftrag. Es geht um das Gemeinwohl.



Zur Person

Prof. Dr. Jalid Sehoul ist Direktor der Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für onkologische Chirurgie sowie der Klinik für Gynäkologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Sehoul gilt als einer der führenden Experten für Eierstockkrebs und andere gynäkologische Tumoren. Im Januar dieses Jahres erhielt er das „Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland“ für sein außergewöhnliches Engagement bei der Behandlung und Begleitung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren. Als Arzt und Forscher möchte er die patientenorientierte Krebsmedizin voranbringen. Auf eine bessere Kommunikation im medizinischen Alltag legt er einen besonderen Wert. Es ist ein Thema, mit dem er sich seit Jahren als Arzt und in der Forschung intensiv auseinandersetzt. Dazu hat er 2024 auch das Buch „Von der Kunst, schlechte Nachrichten gut zu überbringen“ beim Heyne Verlag veröffentlicht.

Zwischen Dr. Google und Dr. Chatbot

Wie künstliche Intelligenz die medizinische Beratung verändert

Künstliche Intelligenz in Form von Chatbots, aber auch Social-Media-Plattformen wie TikTok oder Instagram verändern zunehmend, wie Menschen nach Gesundheitsinformationen suchen. Dadurch verschiebt sich der Ort, an dem Informationen über Krankheiten, Prävention und Behandlungsmöglichkeiten gesucht und gefunden werden, zunehmend in den digitalen Raum.

Freundlich, jederzeit erreichbar und Nachhaken ist auch kein Problem – bei Gesundheitsfragen wenden sich immer mehr Menschen zuerst an den KI-Chatbot ihrer Wahl. Sind die Symptome erst einmal eingegeben, spuckt er innerhalb kürzester Zeit mögliche Ursachen und Therapieempfehlungen aus, sogar in leicht verständlicher Sprache. Und dann? Geht es vielleicht mit den gesammelten Informationen in die Arztpraxis. Spätestens 1998, als Google an den Start ging, kam es zu einer Verschiebung in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Mit jedem Klick im Internet wurde klarer, dass digitale Informationen auch in der analogen Welt dazugehören werden. Der berühmte Dr. Google saß nun immer öfter mit im Sprechzimmer. Und mit ihm die Herausforderung, mit vorinformierten Patient:innen ins Gespräch zu gehen, Fehlinformationen zu entkräften und Verunsicherungen durch Selbstdiagnosen abzubauen.



Dr. Jonas Armbruster

Zu Dr. Google gesellt sich jetzt also Dr. Chatbot. Und Medfluencer – also Personen, die auf Social Media-Plattformen über medizinische Themen informieren, nicht immer müssen sie auch ein Medizinstudium abgeschlossen haben – mischen munter mit. Die langjährige Zweierbeziehung ist quasi erweitert worden: Früher stellten allein Ärzt:innen die Diagnose und gaben Therapieempfehlungen. Heute ist die Vielzahl der Informationsquellen unübersichtlich. Beziehungsstatus: kompliziert? Das muss nicht sein. Im „Shared Decision Making Whitepaper: Mit KI zur gemeinsamen Entscheidungsfindung in der Medizin“, das im vergangenen Jahr von der Roche Pharma AG herausgegeben wurde, wird in diesem Wandel der Arzt-Patienten-Kommunikation zunächst einmal die Chance gesehen, gemeinsam informierte Therapieentscheidungen auf Augenhöhe treffen zu können. Verfasst wurde es von einem interdisziplinären Experten-Team aus Medizin, KI- und Ethik sowie Patientenvertreter und dem Roche Patient Council. Damit das nicht nur ein Wunschtraum bleibt, beschäftigt sich ein Teil des Whitepapers damit, wie man Chatbots richtig nutzt.

Auswirkungen auf das Vertrauensverhältnis

Denn diese bieten zwar einen niederschweligen Zugang zu Informationen, aber unkritisch und unbedarft sollten diese Werkzeuge nicht eingesetzt werden. KI-Chatbots wie ChatGPT oder Google Gemini basieren auf sogenannten Large Language Models. Diese KI-Modelle sind in der Lage, menschliche Sprache zu verarbeiten und neue Texte zu erstellen. Statt wie bei Google Schlagworte in

eine Suchmaske einzugeben, werden Fragen gestellt oder Anweisungen gegeben. Aber: Wer nicht präzise genug in den Dialog mit der KI geht, wird auch keine präzise Antwort erhalten. Die Large Language Models wurden mit einer großen Datenmenge trainiert, um Wahrscheinlichkeiten für Worte oder eine Aneinanderreihung von Worten vorherzusagen. Mit diesen Wahrscheinlichkeiten erzeugt die KI ihre Antworttexte auf unsere Fragen. Wurde sie mit veralteten Daten trainiert, kann sie allerdings keine aktuellen Erkenntnisse liefern. Ein häufiges Phänomen sind zudem sogenannte Halluzinationen. In diesem Fall greift die KI nicht auf real existierende Daten zurück, sondern erfindet einen Text. Dieser lässt sich zwar flüssig lesen, bildet aber nicht die Realität ab und kann somit in der Medizin schwerwiegende Folgen haben.

Das allein sorgt für Herausforderungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Wie vertrauenswürdig sind KI-gestützte Empfehlungen? Und welche Auswirkungen hat es auf das Vertrauensverhältnis, wenn nicht beide Seiten gleichermaßen von der Zuverlässigkeit der KI-Informationen überzeugt sind oder die KI-Empfehlung gar höher als die ärztliche Expertise eingestuft wird? Dr. Alexandra Widmer, die sich im Whitepaper mit der Transformation der ärztlichen Rolle mit KI auseinandersetzt, weist auf die veränderte ärztliche Gesprächsführung hin, die sich aus dieser Situation ergibt: Es müssten nicht mehr nur medizinische Sachverhalte erklärt, sondern auch die Qualität und Zuverlässigkeit von KI-generierten Empfehlungen bewertet werden. „Die Frage ist, wie wir diesen Wandel bewusst gestalten, damit Ärzt:innen weiterhin die zentrale Instanz in der medizinischen Entscheidungsfindung bleiben und nicht zu reinen Moderator:innen von KI-Empfehlungen werden“, schreibt Widmer. Statt KI lediglich als Konkurrenz zur ärztlichen Expertise zu betrachten, sollte eine Auseinandersetzung damit stattfinden, wie man sie selbst als ein Werkzeug nutzen könnte, um die gemeinsame Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Es ist für Ärzt:innen in jedem Fall sinnvoll, sich mit den neuen Informationsquellen zu beschäftigen. Denn die Bedeutung von KI wird künftig wohl noch steigen. Eine Umfrage von Deloitte zeigte das vergangene September: Darin heißt es, dass ein Viertel der deutschen Bevölkerung KI-Anwendungen zur Selbstdiagnose bei Krankheit oder für andere medizinische Fragen nutzt. Damit wurde ein starker Anstieg zum Vorjahr verzeichnet: von neun auf 25 Prozent. Das Softwareunternehmen OpenAI reagierte auf den Bedarf:



Anfang des Jahres ist mit ChatGPT Health ein eigens für Themen der Gesundheit und des Wohlbefindens entwickelter Chatbot an den Start gegangen – aber noch nicht in Europa. Die Vorgaben für den Datenschutz von Gesundheitsdaten scheinen hier zu streng zu sein. Laut OpenAI zählt Gesundheit bereits zu einem der gängigsten Anwendungsbereiche von ChatGPT. Weltweit stellten hunderte Millionen Menschen Fragen zu Gesundheit und Wohlbefinden.

Bedarf an ärztlicher Einordnung steigt

Problematisch könnte das mit Blick auf die geringe Gesundheitskompetenz in Deutschland sein. In einer ungefilterten Informationsflut validierte Gesundheitsinformationen von Fehlinformationen unterscheiden zu können, lässt zahlreiche KI-Nutzer:innen wahrscheinlich schnell an ihre Grenzen stoßen. Es ist davon auszugehen, dass der Bedarf an einer ärztlichen Einordnung künftig steigen wird. Eine weitere Entwicklung trägt ebenfalls dazu bei: Seit Mai 2025 zeigt Google sogenannte AI Overviews. Das sind KI-generierte Zusammenfassungen, die über den klassischen Suchergebnissen aufgerufen werden. Darin werden Informationen aus mehreren Webquellen zusammengefasst, oft mit Quellenlinks. So erhalten Nutzer:innen sofort eine Auskunft, ohne sich weiter durchs Internet klicken zu müssen. Das hat Auswirkungen für die Websites, die bisher Anlaufstelle für Gesundheitsinformationen waren und nun mit der KI-Zusammenfassung konkurrieren müssen – sie büßen massiv an Klickzahlen ein. Eine Analyse des Dienstleisters Sistrix hat erst Ende Februar dazu aktuelle Zahlen geliefert. Zu den größten Verlierern zählen Websites zu Gesundheitsthemen. Wenn es um die Klickverluste geht, steht der ganze Themenbereich an zweiter Stelle mit 21,03 Prozent Klickverlust. Bei den prozentualen Zahlen zu den Klickverlusten führen spezialisierte Gesundheitsportale. Zum Beispiel wurden Verluste von 29,7 Prozent für die Website herbststiftung.de angegeben. Die Sichtbarkeit und Reichweite bislang etablierter Websites wird dadurch geringer, weil viele sich mit den KI-Zusammenfassungen zufriedengeben.

Die Website gesundheitsinformation.de, über die das IQWiG die Gesundheitsinformationen anbietet, ist ebenfalls vom deutlichen Rückgang der Klickzahlen betroffen. Als Reaktion auf diese Entwicklung wird von verschiedenen Akteuren des deutschen Gesundheitswesens seit längerem der Wunsch nach einer nationalen evidenzbasierten Plattform für laienrechtliche Gesundheitsinformationen geäußert. Die Idee: eine Art gemeinsame KI-Suchmaschine, die ausschließlich vertrauenswürdige und evidenzbasierte Inhalte liefert. Denn die Sorge ist vorhanden, dass durch KI-Chatbots wie ChatGPT oder Gemini das Risiko für Fehlinformationen und Gesundheitsinformationen ohne Evidenzgrundlage steigt.

Wie gut Chatbots auf medizinische Fragen antworten und wie sie das im direkten Vergleich mit Ärzt:innen tun, wurde bereits in vielen Studien untersucht. Dabei wurde aber bis vor kurzem noch nie die Perspektive von Patient:innen berücksichtigt, wie Dr. Jonas Armbruster erzählt. Er ist Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie in der BG Klinik Ludwigshafen und hat ein Faible für Digitalthemen. In der Studie „Doctor ChatGPT, Can You Help Me? The Patient’s Perspective“ wollte Armbruster der Frage nachgehen, ob KI-Chatbots in der medizinischen Entscheidungshilfe überzeugen können. „Ärzte bewerten und erfassen medizinische Informationen oft anders, auch weil sie einen anderen Hintergrund haben“, sagt Armbruster. Menschen, die sich mit Fachbegriffen weniger auskennen, haben da vielleicht eine andere Wahrnehmung und finden die Texte dann zu kompliziert oder zu unpersönlich. „Vielleicht kann KI in so einem Kontext Gesundheitsfragen besser beantworten. Weil sie mit so vielen Fragen trainiert wurde, dass sie auf eine Weise Texte formulieren kann, die der durchschnittliche Patient auch versteht.“

Nutzen und Empathie auf dem Prüfstand

Für das Experiment wurden 100 öffentlich verfügbare Fragen, die in einem Onlineforum gestellt wurden, verwendet. Ebenso die dazugehörigen Antworten von Medizinern aus verschiedenen Fachrichtungen – Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie, Pädiatrie,

Innere Medizin, HNO. Die Fragen wurden noch einmal durch ChatGPT beantwortet. Patient:innen und Ärzt:innen aus den Kliniken in Ludwigshafen bewerteten im Anschluss alle Antworten in den Kategorien Empathie und Nutzen. Zusätzlich wurde die medizinische Korrektheit der Antworten geprüft und auch mögliche schädliche Therapieempfehlungen. Es war zu keinem Zeitpunkt bekannt, welche Antworten von wem verfasst wurden.

Insgesamt bewerteten Patient:innen wie Ärzt:innen die Chatbot-Antworten als deutlich empathischer und nützlicher. Zudem waren sie leicht verständlich und lieferten standardisierte Informationen basierend auf etablierten medizinischen Leitlinien. Die medizinische Korrektheit war im Durchschnitt ebenfalls besser. Manche der Antworten des Chatbots wurden von den lokalen Ärzt:innen als potenziell gefährlich eingestuft. Theoretisch, wenn der KI-Empfehlung gefolgt worden wäre, hätte dies zu vier Überdiagnosen und unnötigen Interventionen, acht verzögerten Diagnosen oder verspäteten Behandlungen sowie drei unzureichenden Aufklärungen geführt. Problematisch war, dass dies von den Laien nicht erkannt worden war und sie diese potenziell gefährlichen Antworten genauso gut bewerteten wie die ungefährlichen. Insgesamt zeigt das Ergebnis jedoch, dass ChatGPT in der Lage ist, in Gesundheitsfragen adäquat zu unterstützen – zumindest im Vergleich zu Ärzt:innen, die über Online-Foren beraten.



Dr. Avend Bamarni

„Bisher sind wir aber noch nicht so weit, dass wir ungefiltert KI-Informationen über Gesundheit an die Patienten herausgeben sollten“, urteilt Armbruster und bezieht sich auf die Falschinformationen durch die KI. „Man kann von den Patienten nicht erwarten, dass sie das selbst erkennen. Dafür fehlen ihnen das medizinische Fachwissen und die Erfahrung in dem Bereich. Der Patient kann sich trotzdem gern durch KI informieren. Die Therapieentscheidung sollte dann aber gemeinsam mit dem Arzt oder der Ärztin getroffen werden, denn die Erfolgsquote für zuverlässige Informationen liegt bei vielleicht 90 Prozent. Für die verbleibenden zehn Prozent sind wir menschlichen Ärzte dann zuständig. Dafür sind wir Ärzte da – wir gucken, dass die Patienten nicht auf die falsche Fährte geführt werden“, sagt Armbruster.

KI im Rahmen der Aufklärung

Er sieht dennoch Potenzial, KI künftig in der Arzt-Patienten-Kommunikation einzusetzen. Beispielsweise könnte sie in die Aufklärung eingebunden werden. „Das setzt natürlich voraus, dass es eine verantwortungsvolle KI ist. Die Halluzinationen, die wir in den aktuellen Modellen sehen, sind brandgefährlich. Vor allem, wenn es um verlässliche Informationen im Gesundheitsbereich geht.“ Das heißt für ihn, dass eine KI verwendet wird, die sich auf vorgefertigte Daten begrenzt. „Wir arbeiten innerhalb unserer Klinik daran, Modelle so zu trainieren, dass sie nur verifizierte Informationen weitergeben. Oder dass die KI keine Falschaussage liefert, falls sie eine Frage nicht beantworten kann. Sie soll in so einem Fall konkret angeben, dass sie darauf nicht trainiert wurde.“ Er beschreibt einen denkbaren Anwendungsfall im Rahmen der Aufklärung, der allen gleichermaßen zugutekommen würde: Patient:innen könnten sich mit Hilfe der KI beispielsweise ausführlich über Knieprothesen, die Vor- und Nachteile informieren und danach ins Aufklärungsge-

spräch gehen. „Dieses würde dann aber nicht mehr wie bisher eine Viertelstunde oder 20 Minuten dauern, weil die Vorabinformationen bereits alle übermittelt wurden. Auf diese Weise könnte man viel individueller auf die Wünsche des Patienten eingehen. Dafür wäre sonst gar keine Zeit.“ Der Einsatz von KI in der Medizin könnte dann tatsächlich die medizinische Versorgungsqualität sowie die vertrauensvolle Kommunikation mit dem Arzt bewahren.

Geringe Gesundheitskompetenz

Dr. Avend Bamarni verfolgt ein ähnliches Ziel, geht dafür aber einen anderen Weg. Er ist Arzt in Weiterbildung an der Klinik für Dermatologie und Venerologie des Universitätsklinikums Freiburg. Außerdem ist er Medfluencer für dermatologische Themen und hat sich zum Ziel gesetzt, Hauterkrankungen einfach zu erklären und evidenzbasiertes Fachwissen ins Internet zu bringen. Als dermatologischer Influencer hat er 35.600 Follower auf Instagram, auf TikTok sind es 101.400 Follower. „Das Wissen in der Allgemeinbevölkerung ist im Allgemeinen gering. Dazu kommt, dass Patienten in Deutschland im Durchschnitt knapp acht Minuten Zeit für das Gespräch mit dem Arzt haben. Das ist zu knapp, um alle Details der Erkrankung zu erläutern und dann im Sinne von Shared Decision Making gemeinsam eine Therapie zu beschließen“, sagt Bamarni. Um ausführlich über ihre Erkrankung zu informieren, würde er im Idealfall eine Stunde einplanen. Utopisch im medizinischen Alltag. Deshalb lagert er diesen Wissenstransfer mehr oder weniger aus – und klärt mit seinen Videos auf. „Das Ziel meiner Tätigkeit ist es, dass sie so informiert wie möglich mit mir ins Gespräch gehen können. Sodass wir in dieser Zeit im besten Fall nur über Therapieoptionen sprechen und evaluieren können, welche Therapie die geeignetste für den individuellen Patienten ist.“

Bamarni setzt sich mit seinem Nebenjob als Medfluencer durchaus kritisch auseinander – oder eher damit, was Wissenskommunikation über Social Media für die Arzt-Patienten-Kommunikation bedeuten kann. So sorgt er mit seinen Inhalten zwar für Aufklärung und verbessert bei seiner Zielgruppe idealerweise die Gesundheitskompetenz. Doch kann sich durch gut informierte Patient:innen ein neues Problem ergeben. „Wenn so jemand zu mir kommt und gern eine Therapie haben möchte, die er recherchiert hat, die von der GKV aber gar nicht übernommen wird, ergibt sich ein Spannungsfeld“, führt Bamarni an. „Ebenso ist es, wenn ein informierter Patient zu einem uniformierten Arzt kommt, also fast ein Rollentausch stattfindet. Das ist gar nicht so abwegig, würde ich behaupten.“

Seine Social Media-Präsenz sieht er deshalb auch wie eine digitale Visitenkarte, mit der er seine Expertise zeigen kann. Auf diese Weise kämen viele nicht mit falschen Erwartungen in seine Sprechstunde, Konfliktpotenzial ergibt sich dadurch erst gar nicht. „Ich bin spezialisiert auch chronisch-entzündliche Hauterkrankungen. Dadurch kann ich in gewisser Weise auch Patientenströme steuern – wenn jemand eine hochspezielle Frage zu einer Geschlechtskrankheit hat, weiß er, dass ich nicht der richtige Ansprechpartner bin und kann gleich zu einem entsprechendem Experten gehen“, erklärt Bamarni. Am Ende würden alle davon profitieren.

Er weiß, dass Social Media-Plattformen in der Ärzteschaft in der Regel eher aus der Distanz betrachtet werden. Die Gründe dafür



Medfluencer – also Personen, die auf Social Media-Plattformen über medizinische Themen informieren (nicht immer müssen sie auch ein Medizinstudium abgeschlossen haben) – mischen munter mit.

sind vielfältig: zu viel Stress im Beruf, Unsicherheit, was man im Internet als Arzt oder Ärztin überhaupt veröffentlichen darf oder zu wenig Mut, um sich der Öffentlichkeit zu präsentieren. Um auch in diesem Bereich zu informieren, hält er Vorträge über Chancen und Risiken für Ärzt:innen auf Social Media-Plattformen. Denn er hält es für wichtig, Stellung zu beziehen und gegen Schwurbler,

wie er es ausdrückt, und Fehlinformationen im Internet vorzugehen: „Ich sage immer, es ist nicht nur gut, dass Ärzte auf Social Media sind, sondern es ist alternativlos und unumgänglich. Es ist unsere Verantwortung, dass wir über Erkrankungen aufklären – und das auch dort tun, wo die Menschen sich aufhalten. Das ist eben das Internet.“

Zwischen Placebo und Nocebo

Worte so stark wie Wirkstoffe – kann das sein?

Empathie und Vertrauen gehört zur guten Arzt-Patienten-Kommunikation dazu. Was wie ein Allgemeinplatz klingt, kann entscheidend sein für erfolgreiche Therapien. Grundlage dafür sind oft Placeboeffekte, die ein Medikament oder eine medizinische Behandlung noch wirkungsvoller und verträglicher machen können. Noceboeffekte hingegen haben eine gegensätzliche Wirkung und können beispielsweise Schmerzen verstärken oder durch negative Erwartungen zu Therapieabbrüchen führen. Bewusst gewählte Worte und wertschätzende Gespräche tragen dazu bei, Placeboeffekte für Therapien zu nutzen und Noceboeffekte zu vermeiden.

„Durch eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation kann man einen Effekt erreichen, der fast schon an eine Ibu 600 rankommt“, sagt Prof. Dr. Sven Benson. Dieses Forschungsergebnis überrascht ihn in dieser Deutlichkeit noch immer. Worte so stark wie Wirkstoffe – kann das sein? „Tatsächlich führt allein ärztliche Information dazu, dass ein Placebo fast so wirksam ist wie eine echte Tablette.“ Der Psychologe leitet ein Projekt des überregionalen DFG-Sonderforschungsbereichs „Treatment Expectation“, der den Einfluss der Erwartungen von Patient:innen auf die Wirksamkeit medizinischer Behandlungen untersucht. Anders ausgedrückt wird hier zu Placeboeffekten geforscht – wie sie wirken und auf welche Weise sie sinnvoll in der Medizin eingesetzt werden können.

Placeboeffekte sind positive Erwartungen, die beispielsweise durch ein Gespräch, Informationen oder Erfahrungen ausgebildet werden. Sie lösen Prozesse im Gehirn und auch anderen Bereichen des Körpers aus. Die Erwartung, dass ein Medikament zu einer Verbesserung führt, aktiviert zum Beispiel körpereigene Schmerzbremsen, moduliert Stresshormone oder verursacht die Ausschüttung von Botenstoffen wie Dopamin, wodurch das Wohlbefinden gesteigert werden kann. Die Ibuprofen-Studie, auf die Benson sich bezieht, zielte genau auf diesen Placeboeffekt. Durchgeführt hat sie seine Arbeitsgruppe. Deren Forschungsschwerpunkt lautet: Wie wirken sich Gespräche mit Ärzt:innen auf Entzündungssymptome und ihre Behandlung aus?

Zunächst einmal kam für die Studie ein experimentelles Entzündungsmodell zum Einsatz. Entzündungsprozesse werden zum Beispiel durch Infektionen oder Verletzungen hervorgerufen, spielen auch eine Rolle bei chronischen Schmerzen oder werden als Reaktion auf bestimmte Medikamente hervorgerufen. Dadurch ausgeschüttete Botenstoffe wirken auf das Gehirn. In der Folge kommt es zu immunvermittelten Symptomen wie depressiver Verstimmung, gesteigertem Schmerzempfinden, Müdigkeit oder unspezifischen körperlichen Beschwerden. Um für Planbarkeit im Versuchsaufbau zu sorgen, erhielten gesunde Freiwillige eine Immunstimulanz, die Entzündungssymptome auslöst. Es ist bekannt, dass Ibuprofen solche Symptome lindern kann. Nun sollte überprüft werden, ob die Medikamenten-



Prof. Dr.
Sven Benson

wirkung durch Placeboeffekte verstärkt wird. Dafür wurde der einen Hälfte der Proband:innen Ibuprofen verabreicht, der anderen ein Placebo, also eine wirkungslose Tablette.

Wertschätzung kann Kosten sparen

Nach dem Zufallsprinzip wurden die Studienteilnehmer:innen bei der Medikamentenausgabe erneut in zwei Gruppen eingeteilt und unterschiedlich aufgeklärt. Einer Gruppe teilte man mit, dass es sich bei der Tablette um das wirksame Ibuprofen handelte. Der anderen Gruppe gab man die neutrale Auskunft, dass ihnen mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent ein Placebo ausgeteilt wurde. Das Ergebnis war eindeutig. Selbst wenn nur ein Placebo geschluckt wurde, besserten sich die Entzündungssymptome mit der Information, dass es sich bei der Tablette um Ibuprofen handelte. Ein weiterer spannender Effekt: Selbst die Wirkung von Ibuprofen wurde bei stimmungsassoziierten Symptomen wie gedrückte Stimmung noch verstärkt, wenn die Tablette als Ibuprofen angekündigt worden war. „Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation ist also ein wirklich wirksames Tool: Medikamentöse Therapien wirken besser, wenn Placeboeffekte genutzt werden“, fasst Benson zusammen.

Für den medizinischen Alltag ist diese Erkenntnis wertvoll. Denn Placeboeffekte können Patient:innen auf unterschiedliche Weise helfen. Die Voraussetzung dafür: Eine wertschätzende Kommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung. „Es wäre wünschenswert, dass wir wieder anerkennen, auch mit Blick auf die Kostenträger, wie wichtig Zeit ist und dass Kommunikation eine Ressource ist, die wirklich messbare Effekte erzeugt. Sei es im Hinblick auf die Wirksamkeit von Therapien, auf die Verringerung von Ängsten und Sorgen oder auf die Stärkung von Adhärenz“, sagt Benson. Betrachtet man beispielsweise die hohe Zahl an Medikamenten, die nicht eingenommen oder nicht so eingenommen werden, wie

beschrieben, wird eins deutlich: Mangelnde Therapietreue ist ein nicht zu vernachlässigender Kostenfaktor im Gesundheitssystem. Viele Medikamente landen im Mülleimer oder im Badezimmer. Grund genug, mehr in die Arzt-Patienten-Kommunikation zu investieren, um genau das zu verhindern, findet Benson: „Den Wert von aufwändigen Gesprä-

„Durch eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation kann man einen Effekt erreichen, der fast schon an eine Ibu 600 rankommt“

chen entsprechend zu honorieren, wird am Ende des Tages Kosten sparen.“

Auf der anderen Seite gibt es aber auch Noceboeffekte, die zu Nebenwirkungen von Medikamenten führen oder Symptome verstärken können und ebenfalls durch Erwartungen und Lernprozesse ausgelöst werden. „Worte sind hier ganz entscheidend. Beispielsweise können sie bei einer Aufklärung über Therapien oder auf dem Beipackzettel negative Erwartungen wecken“, erklärt Benson. Ängste können dazu führen, dass es zu einer Nicht-Adhärenz kommt. „Ein Fallstrick ist sicherlich die Pflicht zur Aufklärung. Die rechtliche Absicherung ist selbstverständlich notwendig. Das heißt,

natürlich müssen Patient:innen über Therapien aufgeklärt werden. Nur was dann aber häufig passiert – eben in der Routine und unter Zeitdruck – ist, dass mit dem Aufklärungsbogen einfach alle Risiken aufgezählt werden.“ Mit der Betonung der negativen Aspekte gerät der tatsächliche Nutzen der medizinischen Behandlung allerdings aus dem Blick. „Deshalb lautet die Empfehlung, immer eine Abwägung von Risiken und der Sinnhaftigkeit der Untersuchung vorzunehmen“, rät Benson. Es ginge nicht darum, etwas zu verschweigen, sondern ein positives Gegengewicht oder positives Framing zu schaffen. Könnten beispielsweise harmlose Entzündungssymptome als Nebenwirkungen bei einer Impfung auftreten, könnte dies



als normale Reaktion des Körpers beschrieben werden: „Wenn Sie das spüren, ist alles in Ordnung. Dann arbeitet Ihr Körper.“

Benson nimmt mittlerweile wahr, dass sich die Rolle der Kommunikation im Gesundheitswesen allmählich ändert: Gab es in den vergangenen Jahrzehnten mit den Fortschritten der Medizintechnik, Bildgebung und Automatisierung die Entwicklung hin zu einer vermehrten Apparatemedizin, in der die Kommunikation eine untergeordnete Rolle spielte, erlebe sie nun eine kleine Renaissance. „Therapien haben nicht nur eine pharmakologische Seite, sondern mit den Erwartungen der Patient:innen auch eine psychologische. Ich würde mir wünschen, dass im Gesundheitswesen alle im Blick haben, dass ihre Worte tatsächlich Therapien wirksamer, aber eben auch schlechter machen können.“

Kommunikation als zentraler Therapie-Bestandteil

„Leider ist die Medizin voller Negativsuggestionen und somit auch Noceboeffekten. Das heißt, wir erschweren uns unsere Arbeit selbst, indem wir durch negative Äußerungen die Krankheit der Patienten noch verstärken und unsere Therapie beeinträchtigen. Selbst wenn die Äußerungen vielleicht gar nicht negativ erscheinen und vielleicht sogar gut gemeint waren“, sagt auch Prof. Dr. Dr. Ernil Hansen. Der mittlerweile pensionierte Professor für Anästhesiologie des Universitätsklinikums Regensburg hat sich seit Jahren mit diesem Thema auseinandergesetzt. Das Wissen darüber, wie Kommunikation mit Patient:innen auch negativ wirken kann, ist nach Hansens Einschätzung noch zu wenig verbreitet. Ärzt:innen und Pflegekräfte seien sich über die Wirkung ihrer Worte oft nicht bewusst. „Sie können sich gar nicht vorstellen, was dadurch zunichtegemacht wird. Oder dass es, wie neuere Forschung zeigt, schon negativ ist, wenn man allein den Placeboeffekt nicht nutzt und somit bei Patienten keine positiven Erwartungen erzeugt.“

Für Hansen ist eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizin ein zentraler Bestandteil, der wesentlich zur Wirksamkeit und Qualität von Therapien beiträgt.

Er spricht deshalb auch von therapeutischer Kommunikation, weil Worte und die Beziehung zu Patient:innen deren Therapie nicht nur unterstützen, sondern zum Teil auch selbst therapeutisch wirksam sind. Weil Worte wirken können wie Medizin, wie Hansen es ausdrückt. Dass er im Laufe seiner Anästhesietätigkeit zu dieser Erkenntnis gefunden hat, quittiert er mit einem Lachen: „Eigentlich sind Anästhesisten ja dafür bekannt, dass sie nicht reden wollen.“ Immerhin schliefen alle. „Aber gerade am Ende habe ich festgestellt, dass man sogar Bewusstlose in Gespräche einschließen sollte.“ Seine Beschäftigung mit medizinischer Hypnose hatte ihn darauf gebracht.

Viele Menschen haben laut Hansen eine völlig falsche Vorstellung von Hypnose. Es kommt weder ein Pendel zum Einsatz noch werden jemandem manipulativ Dinge eingeredet. „In der modernen medizinischen Hypnose steht der Patient im Mittelpunkt und macht die Sache allein. Er wird zu nichts gezwungen, lediglich angeleitet.“ Für Hansen ist wichtig, dass Hypnose keine Medizin ersetzen, also keine Alternative dazu, sondern eher unterstützend begleiten soll: „Vieles ist in der Medizin schon gut geregelt. Aber wenn jemand Angst hat oder sich ausgeliefert fühlt, dann kann

man das mit Medikamenten lange nicht so gut behandeln wie mit Worten.“

Bei der Hypnose werden Menschen in Trance versetzt. Das wird als ein Zustand beschrieben, bei dem man sehr entspannt, aber auch gleichzeitig sehr aufmerksam ist. Durch sprachliche Anleitungen – die Suggestionen genannt werden – kann dann unter anderem erreicht werden, dass Menschen keinen Schmerz empfinden oder im Gedanken an einen anderen Ort reisen. Weil der kritische Verstand in den Hintergrund rücke, könnten sogar unwillkürliche Körperfunktionen – solche, die man nicht willentlich steuern kann – verändert werden. „Puls, Blutdruck oder das Level an Stresshormonen können dadurch positiv beeinflusst werden – und das ist genau das, was wir in der Medizin ja eigentlich erreichen möchten“, sagt Hansen. Als in Regensburg damit begonnen wurde, Wachkraniotomien durchzuführen – also Hirnoperationen, bei denen Patient:innen geweckt werden, um sie auf bestimmte Funktionen hin testen zu können –, wendete Hansen bei diesen hypnotischen Kommunikation an. Das sind Hypnoseprinzipien ohne spezielle Hypnoseeinleitung. Es wurde eine Methode entwickelt, bei der die mehrere Stunden dauernde Operation von Anfang an ohne Sedierung durchgeführt werden konnte. Statt Medikamenten – die natürlich bei Bedarf jederzeit hätten verabreicht werden können – kamen lediglich Worte und das Halten der Hand zum Einsatz.

Postoperativ weniger Schmerzen

Vor einigen Jahren hat Hansen schließlich an einer großen multizentrischen Studie in Deutschland mit 385 Patient:innen mitgewirkt. Die Hälfte erhielten während der tiefen Narkose positive Suggestionen. Das heißt, über einen Kopfhörer wurde ihnen während der Operation eine Aufnahme vorgespielt, die Hansen entwickelt und eingesprochen hatte. Das waren beispielsweise unterstützende, bestärkende Sätze wie „Ich bin bei Ihnen“ oder „Sie sind in Sicherheit und in guten Händen“. Die andere Hälfte trug zwar Kopfhörer, bei ihnen wurde die Aufnahme aber nicht gestartet. „Der auch für uns selbst erstaunliche Effekt war, dass postoperativ deutlich weniger Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen auftraten und auch deutlich weniger Schmerzmittel verabreicht werden mussten, wenn die Aufnahme über die Kopfhörer abgespielt wurde.“ Im Schnitt war bei ihnen das Schmerzempfinden um 25 Prozent geringer als in der Kontrollgruppe, der Bedarf an starken Schmerzmitteln war 34 Prozent niedriger. Die Ergebnisse wurden hochrangig im British Medical Journal veröffentlicht. Das Interesse an der Forschung wurde dadurch auch in weiteren Kliniken geweckt. Andere Forschungsgruppen führen nun ihrerseits aktuell Studien dazu durch, wie Hansen erzählt. Zum Beispiel bei Bewusstlosen auf der Intensivstation, bei Herzoperationen oder bei Kindern in Narkose.

Warum Narkosepatient:innen aber so positiv auf Suggestionen reagierten, war zunächst unklar. Aus wissenschaftlichen Publikationen war bekannt, dass bei einem kleinen Prozentsatz – bei höchstens 0.2 Prozent – die sogenannte interoperative Wachheit auftreten kann und sie dann Schmerzen oder Geräusche wahrnehmen. Mit einer so geringen Inzidenz könnte das Studienergebnis allerdings nicht erklärt werden. „Das heißt, wir haben nachgewiesen, dass ein Großteil der Patienten in tiefer Narkose wahrnehmen kön-



Prof. Dr. Dr. Ernil Hansen

„Natürlich müssen wir dafür kämpfen, dass für den Patienten mehr Zeit da ist“

nen und dass Suggestionen etwas bewirken“, schlussfolgert Hansen. Er vergleicht ihren Zustand mit der Hypnose bei Wachen – sie sind ebenso empfänglich für unterstützende Worte, nur muss bei ihnen nicht erst der Trancezustand eingeleitet werden.

Er betont, dass es sich bei Narkosepatient:innen nicht um die einzigen Bewusstlosen handelt, die im medizinischen Setting behandelt werden: Man findet sie auch auf Intensivstationen, wenn die Bewusstlosigkeit durch Trauma oder Medikamente hervorgerufen wird. Genauso in der Notfallmedizin, wenn Reanimationen durchgeführt werden. „Wenn einem das klar wird, dass Bewusstlose – gerade auf der Intensivstation – oder Sterbende ebenso eine Wahrnehmung haben und man auch in dieser Situation mit Worten und Beistand Gutes bewirken kann, dann ist das schon eine Revolution. Müsste man dann nicht auch mit diesen Patienten sprechen? Auch zum Beispiel während einer Reanimation?“

Dass ganzheitliche Medizin eine positive Wirkung hat, ist für Hansen durch die Placebo-, Nocebo- und Hypnoseforschung belegt. Deshalb plädiert er dafür, dieses Feld nicht Naturheiler:innen und Homöopath:innen zu überlassen. „Natürlich müssen wir dafür kämpfen, dass für den Patienten mehr Zeit da ist. In Zukunft sollte man die therapeutische Kommunikation mehr würdigen“, sagt Hansen. „Wenn ich die Wirkung einer Therapie verstärken möchte, dann muss man halt diese Worte zulassen und sie auch bezahlen. Aber auch die jetzt schon vorhandene Zeit sollte besser genutzt werden. Die Vorstellung, dass man das Ganze abkürzen könnte, indem man schnell ein Medikament gibt, funktioniert nicht. Der Mensch lebt nicht von Medikamenten und Operationen, sondern von der menschlichen Beziehung und Worten.“

Anzeige

**ABRECHNUNG DER
HYBRID-DRG in 2026**

**NEUER KATALOG
MIT 904 OPS-CODES**

**Die wichtigsten
Neuerungen**

- » 69 Fallpauschalen sind abrechenbar - der Katalog umfasst 904 OPS-Codes
- » zahlreiche neue OPS-Codes für bereits bestehende Leistungsbereiche
- » Neuaufnahme der Bereiche Kardiologie und Angiologie/Gefäßchirurgie

LASSEN SIE SICH BERATEN!

ihre-pvs.de/hybrid-drg

PVS holding
ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN

ihre-pvs.de

Quartalsabschluss im Zeichen der Krankenhausreform

Zwei Schritte nach vorne, einer zurück

Der gesundheitspolitische Schwerpunkt im ersten Quartal des neuen Jahres lag auf der Krankenhausgesetzgebung. Mit dem Anfang März im Bundestag verabschiedeten Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) hat die schwarz-rote Regierungskoalition entscheidende Weichen gestellt, der großen Krankenhausreform aus der vergangenen Legislaturperiode den tatsächlichen Start in die Realität zu ebnen.



Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) hat mit diesem Gesetz einen gewichtigen Punkt aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt, der von Gesundheitsministern aus den Ländern maßgeblich mitverhandelt wurde und dementsprechend länderseitig mit entsprechenden Erwartungen verbunden war. Dieser Aspekt ist in der Diskussion oftmals in den Hintergrund geraten. Nicht umsonst beharrte die Bundesgesundheitsministerin auch gegen Widerstände aus den eigenen Koalitionsreihen auf der Berücksichtigung der Länderanliegen während des Gesetzgebungsverfahrens. „Kollateralschaden“ dieses Umstandes ist das aus Sicht ärztlicher Verbände suboptimale Ergebnis. Der Hartmannbund beispielsweise bewertet „der gefundene Kompromiss (zum KHAG) setze insgesamt zu stark auf Übergangs- und Ausnahmeregelungen, wodurch zentrale Strukturentscheidungen erneut nach hinten rücken würden“.

Mit der Verabschiedung des KHAG wurden außerdem zentrale Finanzierungsfragen gelöst: Die GKV wurde gänzlich von der mit dem Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) vorgesehenen hälftigen Finanzierung des 50 Mrd. Euro starken Krankenhausreformationsfonds (KHTF) entlastet, die Länder werden für ihren ebenfalls ursprünglich hälftigen Finanzierungs-Anteil in den ersten vier Jahren mit jeweils einer Mrd. Euro pro Jahr vom Bund unterstützt. Die Finanzierungsregelungen wie auch die Fördermöglichkeiten aus dem KHTF dürften ein wesentlicher Grund dafür gewesen sein, dass die Länder ihren teils massiven Widerstand gegen das Gesetz letztendlich aufgegeben haben.

Nachfolgend eine Erläuterung wichtiger Regelungen des KHAG:

• Die Maßnahmen des KHAG sollen eine Erweiterung von Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten zur Sicherstellung der Kran-

kenhausversorgung der Menschen besonders im ländlichen Raum ermöglichen. Im Rahmen der Ausnahmen kann die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien für insgesamt sechs Jahre erfolgen, die Länder sollen damit mehr Gestaltungsspielraum erhalten. Das war den Ländern ein wichtiges Anliegen. Die Landesbehörden sind zudem nicht mehr an ursprünglich noch mit dem KHVVG vorgesehene Erreichbarkeitsvorgaben gebunden, diese wurden nun aus dem Gesetz gestrichen. Die Ausnahmen im Rahmen der Leistungsgruppenzuweisung konnten bislang für drei Jahre im Einvernehmen, also mit Zustimmung der Krankenkassen, erfolgen. Mit dem KHAG gibt es nun eine Erweiterung dieser Regelung um zusätzliche drei Jahre, aber ebenfalls nur mit Zustimmung der Krankenkassen. Diese Zustimmungserfordernis für Ausnahmen entfällt nur bei Leistungsgruppenzuweisungen, die bis zum 31. Dezember 2026 erfolgen und ab 1. Januar 2027 gelten.

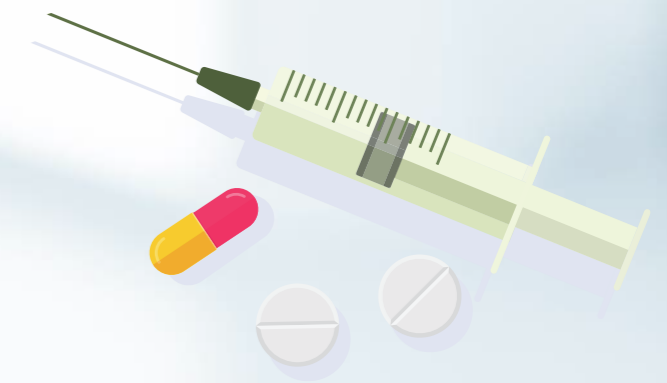
- Die mit dem KHVVG eingeführten Leistungsgruppen werden von 65 auf die „ursprünglichen“ 60 Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen reduziert, zusätzlich der speziellen Traumatologie. Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. Die Jahre 2026 und 2027 sind als budgetneutrale Jahre im Hinblick auf die Vorhaltevergütung zu betrachten, die Konvergenzphase findet in den Jahren 2028 und 2029 statt. Ab dem Jahr 2030 tritt die volle Finanzwirksamkeit für die Vorhaltevergütung ein.
- Die Länder hatten vehement die starre Definition des Krankenhausstandortes mit dem Radius von 2 km kritisiert. Nun können die Selbstverwaltungspartner Einzelfallabweichungen von der Krankenhausstandortdefinition vereinbaren, die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde muss lediglich darüber in Kenntnis gesetzt werden. Bei Nichteinigung greift ein Schiedsverfahren.
- Um die Definition des Begriffs „Fachklinik“ („Level F“) gab es große Kontroversen, dieser Punkt war insbesondere Bayern wichtig: die Selbstverwaltungspartner sind nun beauftragt, die KHAG-Regelungen dazu zu evaluieren und bis Ende September 2029 eine neue Fachklinikdefinition zu vereinbaren. Folgerichtig sind die bis dahin erfolgten Zuordnungen zu der Versorgungsstufe „Level F“ bis zum 31. Dezember 2030 zu befristen. Bei Nichteinigung greift eine Schiedsstellenregelung.
- Aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität stellt der Bund 29 Mrd. Euro für den KHTF (insgesamt 50 Mrd. Euro) zur Verfügung: ab 2026 über 10 Jahre mit pro Jahr 2,5 Mrd. Euro für den ehemals hälftigen Anteil der GKV und bis einschließlich 2029 erhalten die Länder pro Jahr 1 Mrd. Euro zur Entlastung ihres ebenfalls hälftigen Anteils.
- Der verminderte Kofinanzierungsanteil der Länder in Höhe v. 30 Prozent gilt künftig für alle Vorhaben, deren Förderung bis zum 31. Dezember 2029 beantragt wird.
- Außerdem können die Länder unter bestimmten Rücksichten die ihnen nach dem Länder- und Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz (LuKIFG) zustehenden Mittel (insgesamt 100 Mrd. Euro) aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zur Kofinanzierung von Fördervorhaben nutzen.
- Universitätskliniken erhalten im Jahr 2027 zusätzliche Mittel in Höhe von 62,5 Mio. Euro für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben.
- Die Rechtsverordnung für die Mindestvorhaltezahlen tritt frühestens ein Jahr und spätestens drei Jahre nach ihrer Verkündung in Kraft.
- Die Aufgabe der Veröffentlichung des Bundes-Klinik-Atlas wird vom BMG auf den G-BA übertragen. Um dieses Portal und dessen

Ansiedlung beim BMG gab es in der letzten Legislaturperiode heftige Auseinandersetzungen, nicht zuletzt auch, weil dort weiterhin die Kliniken mit „Level“ ausgewiesen werden sollten.

- Hybrid-DRGs sollen für 2027 auch wieder Kinder und Menschen mit Behinderungen berücksichtigen können, damit diese ebenfalls wieder von mehr Ambulantisierung profitieren: Der durch das KHVVG verankerte Ausschluss wird gestrichen.
- Trotz im Vorfeld der Regelung scharfer Kritik seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) wird die Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen am Standort zum Qualitätskriterium aller Leistungsgruppen (Monatsdurchschnitt).
- Ebenfalls die von der DKG vehement kritisierte gesetzliche Klarstellung, dass Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen sind, hat trotzdem Eingang in das Gesetz gefunden.

In der Debatte zum Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens am 6. März erklärte Nina Warken die Grundsätze der Reform: „Wir brauchen die Bündelung von Kapazitäten. Wir brauchen mehr Spezialisierung und dadurch Qualität in der stationären Versorgung. Da sind wir uns alle einig. Weder haben wir das Fachpersonal noch das Geld, die Strukturen so zu belassen, wie sie sind. Viele Krankenhäuser arbeiten mit Defiziten, und nicht wenige belasten die kommunalen Haushalte stark. Das kann auf Dauer nicht funktionieren.“ Der CSU-Gesundheitsexperte Stephan Pilsinger MdB nannte einige Basisdaten: 30 Prozent der GKV-Kosten würden allein für den stationären Bereich ausgegeben; „das sind über 100 Milliarden Euro im Jahr“. Mit 7,7 Krankenhausbetten pro 1 000 Einwohner und einer Verweildauer von 7,2 Tagen pro Krankenhausaufenthalt liege Deutschland „in den Top Drei der OECD-Staaten. Nur Südkorea und Japan sind über uns.“

Der gesundheitspolitische Sprecher von Bündnis 90/Die Grünen, Dr. Janosch Dahmen, wirft der Regierungskoalition vor, mit dem Gesetz werde „die faktische Rückabwicklung der Krankenhausreform der vergangenen Legislatur“ betrieben. Leistungsgruppen könnten künftig bis zu sechs Jahre vergeben werden, ohne dass Qualitätskriterien erfüllt werden. Benachbarte Leistungsgruppen könnten nicht mehr am selben Standort vorhanden sein, „sondern nur auf dem Papier vereinbart werden“. Mindestvorhaltezahlen würden um Jahre verschoben. Der gesamte Gesetzgebungsprozess zeigt: Reformen im stationären Bereich sind im föderalen System der Bundesrepublik vergleichbar mit der Echternacher Springprozession, zwei Schritte nach vorne, einer zurück. Die pragmatische Haltung vieler Akteure zum weiteren Vorgehen fasst der Titel der Pressemitteilung des Hartmannbundes zur KHAG-Verabschiedung gut zusammen: „Der Rahmen steht, jetzt muss der Umbau zügig beginnen!“



Mitte des Jahres angepeilt

Gesetz soll Versorgung krisenfester machen

Ist das deutsche Gesundheitswesen im Krisenfall vorbereitet? Nicht zuletzt der großflächige Stromausfall im Südwesten Berlins aufgrund eines Brandanschlags hatte die Frage nach der Krisenfestigkeit Deutschlands – auch der Gesundheitsversorgung – in den Mittelpunkt gestellt. Angesichts globaler Bedrohungen wie Kriegsszenarien, Klimawandel, Cyberangriffe und politischer Extremismus halten zentrale Verbände und Organisationen aus dem Gesundheitswesen die Stärkung der Krisenresilienz im Gesundheitswesen für unbedingt erforderlich und haben dazu konkrete Anforderungen formuliert. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) verkündete zudem Mitte Februar 2026, dass intensiv an einem Gesundheitssicherungsgesetz gearbeitet wird, um in Krisenfällen bestmöglich gerüstet zu sein.

Für Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt, ist der kürzlich erfolgte massive Stromausfall in einem Stadtteil Berlins ein Hinweis dafür, „dass wir im Hinblick auf die kritische Infrastruktur vulnerabel sind in unserer Republik“, wie er auf der Neujahrspressekonferenz erklärte. Rund 45.000 Haushalte und 2.200 Unternehmen waren von dem Stromausfall betroffen. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlins lagen 205 Arzt- und Psychotherapiepraxen im Stromausfallgebiet. Zudem waren auch Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser sowie Apotheken betroffen. In den letzten Jahrzehnten habe man wenig darüber nachgedacht, ob die Strukturen redundant und Notfallkreisläufe wie auch dazu gehörende Strukturen „schnell einschaltbar und benutzbar“ seien, erklärte Reinhardt. „Im Moment ist das sicherlich an vielen Stellen nicht der Fall“, monierte er. Das betreffe nicht nur die Infrastruktur Stromversorgung, sondern auch vieles andere – das Gesundheitswesen sei auf diese kritische Infrastruktur angewiesen. Das sei „Grund und Anlass genug“ im Nachgang darüber nachzudenken, wie man „in Zukunft sehr kurzfristig“ auch für Ersatzmöglichkeiten sorgen könne.

Klar geregelte Zuständigkeiten

Der 129. Deutsche Ärztetag hatte sich in einem Beschluss für die Stärkung der Krisenresilienz des Gesundheitswesens eingesetzt. Gute Vorbereitung, ausreichende Vorhaltung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, klar geregelte Zuständigkeiten und trainierte Abläufe seien dafür grundlegend. Zudem bedürfe es der verlässlichen Absicherung und Diversifizierung von Lieferketten, einer robusten digitalen Infrastruktur sowie einer nachhaltigen Sicherung der Fachkräfteverfügbarkeit. Verbessert werden müsse die internationale Koordination zur Bewältigung grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren. In Deutschland bestehe in nahezu allen diesen Bereichen erheblicher Nachholbedarf. Bund und Länder seien gefordert, gemeinsam mit der Ärzteschaft und weiteren relevanten Akteuren eine umfassende Resilienzstrategie für das Gesundheitswesen zu entwickeln, die die erforderlichen Umsetzungsschritte mit klaren Fristen unterlege, die jeweiligen Zuständigkeiten zuweise und die Finanzierung sichere.

Der Ärztetag sprach sich dafür aus, ein gemeinsames Lagezentrum Gesundheit beim Nationalen Sicherheitsrat einzurichten. Dieses solle im Krisenfall die Koordination zwischen Bund, Ländern und Kommunen gewährleisten. Auch müsse der Ausbau krisenfester Infrastrukturen wie Krankenhäuser, Praxen und Pflegeeinrichtungen gefördert werden. Zudem müsse der Öffentliche Gesundheitsdienst als einer der Eckpfeiler eines resilienten Gesundheitssystems gestärkt und mit ausreichenden finanziellen Mit-

teln ausgestattet werden. Die Gesundheits- und Krisenkompetenz der Bevölkerung sei zudem zu verbessern.

Die Gesundheitsversorgung spielt laut Warken eine zentrale Rolle in einem nationalen Sicherheitskonzept. „Ein resilientes Gesundheitswesen ist kein Luxus, sondern eine sicherheitspolitische Notwendigkeit“, sagte sie anlässlich ihrer Teilnahme an der Münchner Sicherheitskonferenz im Februar 2026. Strukturen müssten so gestaltet und gestärkt werden, dass sie auch Krisensituationen standhielten und sowohl die zivile Bevölkerung als auch Bundeswehr und NATO-Partner medizinisch gut versorgt werden könnten. „Wir müssen auf andere Verletzungsmuster vorbereitet sein – etwa komplexe Wunden oder schwere Brandverletzungen – und gleichzeitig verhindern, dass die normale Versorgung zusammenbricht“, führte sie in einem Interview mit der „Welt am Sonntag“ aus. Gebraucht würden klare Zuständigkeiten, funktionierende Kommunikationswege, ausreichende Behandlungskapazitäten, Personal und gegebenenfalls auch Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Hierzu werde man im Sommer einen Entwurf zu einem Gesundheitssicherungsgesetz vorlegen.

Ungewisse Kapazitäten im Fokus

Um im Kriegsfall einen Überblick zu haben, wird Warken zufolge ein „digitales Lagebild“ gebraucht, eine Art „Dashboard“, wie man es während der Pandemie gehabt habe: freie Betten, verfügbares Personal, Bestände an Medikamenten und Material. „Idealerweise läuft das in Echtzeit über eine gemeinsame Plattform“, so die Ministerin. Große Schwachstellen sieht sie bei der Datenlage und bei der Qualifikation. „Wir wissen grundsätzlich, wie viele Beschäftigte es gibt. Aber wer welche speziellen Kenntnisse für komplexe Verletzungen hat, das wissen wir nicht. Wir müssen auch prüfen, wen wir reaktivieren können – aus dem Ruhestand oder aus verwandten Berufen“, erklärte Warken. Außerdem brauche es Klarheit über Kapazitäten und über den Sicherstellungsauftrag, etwa von Krankenhäusern.

Ein im Oktober 2025 veröffentlichtes Gutachten, das im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vom Institute for Health Care Business (hcb) und dem Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) erarbeitet wurde, weist auf eine „nur eingeschränkt(e)“ Krisen- und Verteidigungsfähigkeit der Krankenhäuser hin. Kurz- und mittelfristige Maßnahmen seien nötig, um die Resilienz der Krankenversorgung wieder umfassend zu stärken, wurde gemahnt. In fünf zentralen Bereichen – Personal, Cybersicherheit, physische Sicherheit, Lagerhaltung für medizinische Vorräte und Vorbereitung auf biologische, chemische und nukleare Bedrohungen – beständen erhebliche Schwächen. Problematisch sei zudem, dass das Ge-

sundheitspersonal in Krisenfällen in den Krankenhäusern dringend benötigt werde. Viele seien aber zudem im Rettungsdienst tätig oder würden ehrenamtlich im Zivil- und Katastrophenschutz benötigt. Entsprechende Doppelrollen und berufliche Verpflichtungen würden die Verfügbarkeit von benötigten Einsatzkräften deutlich einschränken. Im Krisenfall ist es laut dem Gutachten unerlässlich, den Behandlungspfad ganzheitlich zu betrachten, von der Notfallaufnahme über die stationäre und ambulante Weiterbehandlung bis hin zu Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen.

Hohe Investitionen und klarer Stufenplan

Allein um die Resilienz im Fall von Cyberangriffen und Sabotage herzustellen, werden dem Gutachten nach rund 2,7 Mrd. Euro benötigt. Die Betriebskosten werden hier auf 670 Millionen Euro geschätzt. Im Bündnisfall liegen der Investitionsbedarf bei 4,9 Mrd. Euro und die Betriebskosten bei 890 Millionen Euro. Hier komme insbesondere der Schutz des Krankenhauses und die Ausweitung der Lagerhaltung zum Tragen. Nicht enthalten seien unterirdische Schutzräume. Im Verteidigungsfall würden in einigen – „aber jetzt nicht in allen“ – Kliniken diese Schutzräume eingerichtet, erklärte hcb-Geschäftsführer

Professor Dr. Boris Augurzky. Er empfahl, dort, wo neu gebaut werde, Schutzräume gleich mitzudenken. Dann liege der Investitionsbedarf bei 14 bis 15 Mrd. Euro und die Betriebskosten bei rund 1,1 Mrd. Euro.

Laut Gutachten braucht es eine Priorisierung und einen klaren Stufenplan, um bis 2027 eine deutliche Verbesserung zu erreichen. „Schnell und zügig“ könne man etwas im Bereich IT und Kommunikationssicherheit erreichen, erklärte Augurzky. Auch eine Stärkung zum Schutz des Krankenhauses (Objektschutz, Sicherheitsdienste) könne man schnell aktivieren. Über die Stärkung der technischen Infrastruktur und Energieversorgung könne ebenfalls jetzt schon nachgedacht und dies auch umgesetzt werden. Besonders wichtig ist ihm die Lagerhaltung: Lager könne man schnell aufbauen, auch für eine Region gemeinschaftlich umsetzen und „sollte man auch möglichst bald tun“, unterstrich er. Ebenso dringend erforderlich sei der Aufbau personeller Resilienz durch gezielte Fortbildungen und die Nutzung geschützter Arbeits- und Behandlungsräume. Langfristig müssten auch bauliche Konzepte mitgedacht werden, etwa der Neubau von Krankenhäusern mit geschützten unterirdischen Operationsbereichen, wie sie beispielsweise in Finnland bereits existieren.



Digitale Resilienz wird für Krankenhäuser angesichts steigender Cyberrisiken zum zentralen Sicherheitsfaktor.

Trend zur Teilzeitarbeit

Wie steht es um die ärztliche Karrierewahl und Existenzgründung?

Die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland wandelt sich kontinuierlich. Dazu trägt, dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zufolge, unter anderem der Trend zur Teilzeitarbeit bei. So steige die Zahl der angestellten Ärzt:innen, die in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätig seien. Laut einer aktuellen Zi-Umfrage unter ärztlich und psychotherapeutisch Angestellten schließen etwa 32 % eine Niederlassung gänzlich aus.

Fast ein Drittel plant eine eigene Niederlassung, ein weiteres Drittel ist noch unentschieden. „Vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels stellt sich die zentrale Frage für die ambulante Versorgung insgesamt: Wie gelingt es, die Attraktivität der Niederlassung wieder zu stärken?“, fragte Zi-Vorstandsvorsitzender Dr. Dominik von Stillfried Ende 2025 bei der Vorstellung der Ergebnisse der Online-Befragung, die im Rahmen der Zi-Studie zur ärztlichen und psychotherapeutischen Karrierewahl und Existenzgründung (KWEX) durchgeführt wurde.

In der Zi-Umfrage würden gerade die jungen Altersgruppen zu einem sehr hohen Anteil eine Niederlassungsabsicht bejahen, erklärte Markus Leibner, Leiter des Fachbereichs Ökonomie des Zi. So würden fast 40 % der bis 35-Jährigen planen, sich in Zukunft in eigener

Praxis niederzulassen. Er hob hervor, dass ein sehr großer Anteil in seiner Niederlassungsabsicht noch nicht entschlossen sei – gut 45 % der unter 35-Jährigen. Ab dem fünften Lebensjahrzehnt nehme die Bereitschaft zur Niederlassung deutlich ab (5,2 % der 50 bis 59-Jährigen).

„Angestellte Ärzte und Psychotherapeuten verbinden mit ihrem Beschäftigungsmodell ganz unterschiedliche Erwartungen“, erklärte von Stillfried. Für manche sei die Anstellung ein Übergang, um sich zu orientieren. Andere, „aber nicht die Mehrheit“, wünschten sich ein dauerhaftes Angestellten-Verhältnis.

Gegenwärtig am häufigsten zufrieden sind der Befragung nach Angestellte mit der therapeutischen Beziehung zu den Patient:innen (92,1 % der Befragten), mit der Wertschätzung, welche diese ihnen

Viele Praxisinhaber gehen in den kommenden Jahren in Rente. Der Nachwuchs fehlt.

entgegenbringen (91,9 %) und auch mit der Möglichkeit, eigenverantwortliche Entscheidungen treffen zu können (91,4 %). Unzufrieden sind sie mit dem zeitlichen Umfang, der für die Behandlung zur Verfügung steht (61,5 % der Befragten), mit der Energie und dem Zeitaufwand für Verwaltungsaufgaben (61,3 %) und auch mit der Einsichtsmöglichkeit in Abrechnungs- und Honorarunterlagen der Praxis bzw. der Einrichtung (42,3 %).

Praxispersonal ist Mangelware

Die Teilnehmenden wurden auch zu den von ihnen empfundenen Schwierigkeiten auf dem Weg in die Niederlassung befragt. Am häufigsten als „nicht schwierig“ wurde die Bindung und die Fortführung des Patientenstamms angegeben (81,2 %). Auch Aspekte der Nachweise von Qualifikation werden am häufigsten als „nicht schwierig“ genannt (79,6 %) sowie die Umsetzbarkeit der Niederlassungsabsicht mit den eigenen Erfahrungen, die schon gesammelt worden sind in der ambulanten Versorgung (57,4 %). Am häufigsten als „schwierig“ empfunden wurden auf dem Weg in die Niederlassung der administrative Aufwand (83,9 %), die zeitliche Planung und Organisation (80,5 %) und die Möglichkeit, die Niederlassungsabsicht umzusetzen mit dem gegebenen betriebswirtschaftlichen Vorwissen (78,9 %), wie Leibner berichtete. Es gebe auch Sorgen über die Rahmenbedingung der Tätigkeit (77,1 % empfanden dies als schwierig) und den Aufwand im Zulassungsverfahren (76,0 %).

Die Beratung der Kassenärztlichen Vereinigungen sei von 31 % der Befragten mit bejahter Niederlassungsabsicht als genutzt und hilfreich angegeben worden, teilte Leibner weiter mit, in ähnlicher Größenordnung auch der Besuch von Seminaren und Workshops. Bei denjenigen mit noch nicht entschlossener oder unentschlossener Niederlassungsabsicht sei das Bild ähnlich, aber natürlich hätten hier weniger das Angebot genutzt, aber das Bild sei in seinen Proportionen hier durchaus vergleichbar.

Finanzierung als Beratungsschwerpunkt

Zu Themen, bei denen sich die Teilnehmenden an der Umfrage zukünftig Unterstützung oder Beratung wünschten, erklärte Leibner: „Das sind im Kern Abrechnungsfragen und Fragen zum Honorar (9,6 % der Befragten mit bejahter Niederlassungsabsicht und 9,7 % der Befragten mit unentschlossener Niederlassungsabsicht).“ Am häufigsten seien die Themen Finanzierung, Wirtschaftlichkeit angegeben worden (9,3 % und 10,5 %). Wichtige Beratungspunkte seien auch die Themen Management und Praxisorganisation (8,3 % und 8,6 %) sowie auch Fragen zu Regularien und KV-Strukturen, steuerrechtliche Fragen und im Bereich Telematikinfrastruktur und Digitalisierung.

Einzelpraxen noch dominierende Praxisform

In einem Beschluss hat die Hauptversammlung des Hartmannbundes im November 2025 auf die Bedeutung von Praxen als „unverzichtbare Säule der Versorgung“ aufmerksam gemacht und deutlich mehr Anstrengungen seitens der Gesundheitspolitik gefordert, um den ambulanten Bereich strukturell zu stärken und ihn attraktiver zu machen sowie ein spürbares Bekenntnis zu den Praxen. Aktuell gebe es in Deutschland ca. 98.000 Praxen und knapp 4.900 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit knapp 190.000 Vertragsärzt:innen und -psychotherapeut:innen. Die etwas über 80.000 Einzelpraxen seien derzeit mit ca. 82 % (und ca. 53 % aller Vertragsärzt:innen) noch immer die am stärksten vertretene Praxisform. Während sich die Arztzahl seit 2015 um 13 % erhöht habe, sei die Anzahl der ärztlichen Einzel- wie auch der Gemeinschaftspraxen im gleichen Zeitraum rückläufig.

„Auch künftig braucht es die Existenz von Hausarzt- und Facharztpraxen nebeneinander und ihr Zusammenwirken zum Nutzen für die Patient:innen und die Gesundheit der Bevölkerung“, bekräftigte die Hauptversammlung des Hartmannbundes. Dabei sei gesetzgeberisch Platz für strukturelle Vielfalt zu geben, um stärker den Notwendigkeiten vor Ort gerecht zu werden. Entsprechend den regionalen Besonderheiten und Fachgebietsspezifika, müsse stärker auf die Diversität von Organisations- und Kooperationsformen sowie Strukturen vor Ort gesetzt werden. Neben Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften hätten ebenso MVZ ihren Platz, auch mit nicht wirtschaftlich selbstständigen, angestellten Ärzt:innen, ebenso wie Ärztenetze und vergleichbare Strukturen unter freien Praxen. All das brauche „verlässliche Rahmenbedingungen für ein gleichberechtigtes Mit- und Nebeneinander und eine freie Berufsausübung auch in größeren Strukturen“.

Babyboomer gehen in Rente

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Januar 2026 eine neue Phase ihrer bundesweiten „#Praxenland-Kampagne“ unter dem Titel „Lass dich nieder in Praxenland“ gestartet. Sie soll den Vereinigungen zufolge der nächsten Generation von Medizinerinnen und Medizinern zeigen, „wie der Praxisalltag in der ambulanten Versorgung wirklich aussieht – und warum sich eine Niederlassung trotz widriger Rahmenbedingungen lohnt“. „Allein im Jahr 2024 haben die vertragsärztlichen Praxen Leistungen im Wert von circa 2,7 Milliarden Euro nicht bezahlt bekommen. Jährlich werden über 40 Millionen Termine im fachärztlichen Bereich nicht vergütet. Das kann so nicht weitergehen. Mit dieser Kampagne werben wir deshalb nicht nur für den Erhalt der ambulanten Versorgung, sondern auch für die Wertschätzung, die sie verdient“, betont Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Schon jetzt seien etwa 5.000 Hausarztstühle deutschlandweit nicht besetzt, ergänzte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Stephan Hofmeister. Und die Abgangsraten durch die Babyboomer würden zukünftig noch weiter steigen. Deshalb brauche man dringend Strukturreformen.

Anzeige

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

ETL Steuertipps für Unternehmen im Gesundheitswesen

Mit vielen aktuellen Themen wie:

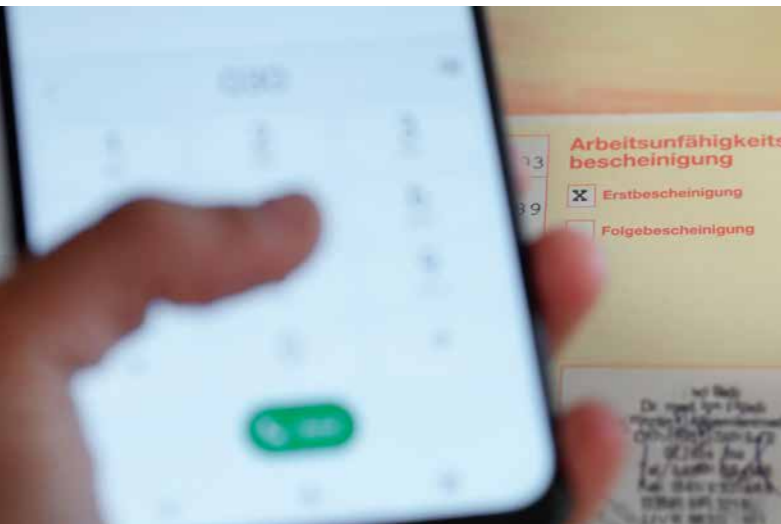
- Was sich im Jahr 2026 ändert
- Ist die Ärzte-GmbH wirklich ein Steuersparmodell?
- Zahnärzte und das Aufteilungsgebot
- Aktiv im Ruhestand mit der Aktivrente

Jetzt kostenfrei downloaden

Prävention stärken

Debatte um telefonische Krankschreibung und Karenztage

Vor dem Hintergrund eines im internationalen Vergleich hohen Krankenstands und der aktuellen wirtschaftlichen Lage in Deutschland schwappen immer wieder Forderungen nach der Abschaffung der telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) an die Oberfläche. Zunächst stellte Bundeskanzler Friedrich Merz (CDU) die telefonische Krankschreibung in Frage, der CDU-Parteitag hat am 21. Februar sogar die Forderung nach deren Abschaffung beschlossen.



Die eigentlichen Ursachen für Fehlzeiten liegen nicht in den Arztpraxen.

In diesem Zusammenhang wurde auch eine mögliche Einführung von Karenztagen, Tagen an denen kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegenüber dem Arbeitgeber besteht, wieder Thema in der Öffentlichkeit, es geht hier vor allem um den ersten Tag der Krankschreibung. NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann mahnte auf dem CDU-Parteitag aus taktischen Gründen, in Anbetracht zweier Landtagswahlen, (Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz) ein Verschieben der Diskussion und Entscheidung über dieses Thema an. Der Hartmannbund fordert hingegen die Politik und Öffentlichkeit auf, die Diskussion um die telefonische AU sachlich zu führen und sich stärker auf die strukturellen Herausforderungen im Gesundheits- und Arbeitsmarkt zu konzentrieren.

Nach Zahlen des Statistischen Bundesamts (Destatis) kamen die Beschäftigten in Deutschland im Jahr 2024 auf im Schnitt 14,8 Krankentage, bezogen auf die Werktag. Merz hinterfragte im Januar dieses Jahres bei einem Wahlkampfauftritt in Baden-Württemberg, ob eine Fehlzeit von fast drei Wochen tatsächlich notwendig sei. Er sprach von einer anhaltend schlechten wirtschaftlichen Lage, die für ihn auch mit einer zu geringen Leistungsbereitschaft der Bürger zusammenhänge. Deshalb müsse man sich darüber unterhalten, wie man Anreize schaffe, dass die Menschen ihrer Beschäftigung nachgingen.

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) spricht sich für die Abschaffung der Telefon-AU aus. Sie mo-

niert, dass die Kosten für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall auf 82 Mrd. Euro pro Jahr gestiegen seien – im Jahr 2010 lagen die Kosten noch bei rund 37 Mrd. Euro. Mit der Telefon-AU mache man es sogenannten „Blaumachern“ viel zu einfach. Die Lohnfortzahlung solle generell auf 6 Wochen pro Kalenderjahr begrenzt würde.

Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), fordert ebenfalls die Abschaffung der Telefon-AU. Am Telefon könne nicht zuverlässig beurteilt werden, ob jemand wirklich arbeitsunfähig sei. Er warb darüber hinaus für die Abschaffung der Pflicht zur AU in den ersten drei Tagen. Diese „Bagatell-AUs“ verursachten jährlich rund 27 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte, die medizinisch unnötig seien. Seiner Meinung nach sollten die ersten drei Krankheitstage arbeitsvertraglich geregelt werden. Er befürwortet Karenztage oder Bonussysteme. Wenn jemand für ein bis drei Tage unbezahlt fehle, liege das in der eigenen Verantwortung.

Probleme müssen an anderer Stelle gelöst werden

Der Vorstand des Hartmannbundes hat sich klar gegen eine Abschaffung der telefonischen AU ausgesprochen. „Die telefonische AU ist nicht das zentrale Problem des deutschen Gesundheitswesens – und auch nicht des Arbeitsmarktes“, betont er. „Fragen der Motivation, der Arbeitsbereitschaft und des Umgangs mit Fehlzeiten müssen in den Unternehmen zwischen Arbeitgebern und Beschäftigten geklärt werden“, heißt es aus dem Vorstand.

Nach aktuellen Auswertungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in Zusammenarbeit mit der Barmer gingen jährlich maximal 1,2 % der Krankheitstage in Deutschland auf telefonische Krankschreibungen zurück. Außerdem entfielen laut dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) rund 40 % der Fehltag auf Erkrankungen mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen. Die telefonische AU helfe gerade in Zeiten von Infektionswellen, Wartezimmer der Arztpraxen zu entlasten und unnötige Ansteckungsrisiken zu vermeiden. Die eigentlichen Ursachen für Fehlzeiten lägen nicht in den Arztpraxen.

Der Koalitionsvertrag von Union und SPD besagt, die telefonische Krankschreibung so zu verändern, „dass Missbrauch zukünftig ausgeschlossen ist“. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) verdeutlichte in einem Interview mit der „Welt am Sonntag“ vom 15. Februar 2026, dass es nicht ausreiche, allein über Karenztage oder telefonische Krankschreibungen zu sprechen. „Man muss genau hinschauen. Tatsächlich sind es eher Menschen, die lange Zeit krank sind und das System beanspruchen“, erklärte sie und betonte: „Wir müssen die gesamte Situation bewerten, auch Prävention stärken und gezielt gegensteuern.“



Reform der Pflegeversicherung

Die Hightech Agenda Deutschland steht vor dem ersten Schritt

Versorgungslücken müssen geschlossen werden.

Eine der Kommissionen, die die schwarz-rote Bundesregierung zur Vorbereitung grundlegender Sozialreformen ins Leben gerufen hatte, hat schon im Dezember 2025 ihre Arbeit beendet. Es handelt sich um die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“. Enttäuschung hatte deren Abschlussbericht teilweise hervorgebracht, weil zwar grundlegende Einigkeit zwischen den Beteiligten für die Reformziele des Bereichs „Versorgung“ erreicht wurde, aber nicht in den Fragen der Reform der „Finanzierung“.

Beide Gebiete betreffen auch essenzielle Belange der Ärzteschaft. Zum einen wird seitens der Politik die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge in der Gesamtschau bei den Sozialreformen eine Rolle spielen. Die Höhe der Beiträge zur Pflegeversicherung hat indirekt auch Auswirkungen auf Finanzierungs- und Einspar szenarien der GKV. Zum anderen soll, wie in der Krankenversicherung, auch in der Pflegeversicherung der Schwerpunkt künftig wesentlich stärker auf „Prävention“ liegen. Vermeidung, Hinauszögerung oder Verlangsamung des Schweregrads von Pflegebedürftigkeit erhält ein neues gesundheitspolitisches Gewicht: das tangiert, gerade in Anbetracht der demografischen Entwicklung, sowohl den ambulanten ärztlichen Bereich als auch den Krankenhausbereich in erheblichem Maße. Ein weiteres Thema sind Maßnahmen zur Vermeidung von unnötigen Notarzteinsätzen und Krankenhaus-einweisungen.

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) hat im Dezember, anlässlich des Abschlusses des Zukunftspakts Pflege, die virulenten Problemfelder der sozialen Pflegeversicherung (SPV) benannt: „Die soziale Pflegeversicherung steht, ist kein Geheimnis, wie alle Säulen unseres Sozialsystems unter großem Reformdruck. Wir müssen das System neu aufstellen. ... Und womöglich müssen wir Versorgungslücken schließen. Einnahmen und Ausgaben der Pflegeversicherung klaffen ja seit Jahren auseinander. Die Folgen sind Mehrbelastungen für Beitragszahler, für Pflegebedürftige und für die Kommunen. Und gleichzeitig steigen auch die Eigenanteile der Betroffenen. ... Untätigkeit ist keine Option mehr.“

Steigende Beitragssätze prognostiziert

Einige Daten zur Pflegeversicherung: Laut dem Abschlussbericht des Zukunftspakts Pflege haben aktuell rund 6 Mio. Menschen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Die Ausgaben der SPV mit 68,2 Mrd. Euro in 2024 belaufen sich auf 1,6 Prozent des

deutschen Bruttoinlandsprodukts. Die SPV dient als Teilleistungssystem der Absicherung der pflegebedingten Aufwendungen. Die Pflegebedürftigen tragen darüberhinausgehende Kosten (unter anderem für die Ausbildung) und andere Kosten, die im Zusammenhang mit pflegerischer Versorgung anfallen, eigenständig. Die Eigenanteile in der stationären Pflege erreichten Anfang 2026 im Bundesdurchschnitt etwa 3.245 Euro pro Monat im ersten Aufenthaltjahr. Bei nicht ausreichendem Einkommen und Vermögen sichern die Sozialhilfe, insbesondere die Hilfe zur Pflege bzw. die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, die notwendigen pflegerischen und lebensunterhaltenden Ausgaben ab. Im Jahr 2024 lagen die Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege bei 5,3 Mrd. Euro. Das Berliner IGES Institut erwartet, ohne weitere Reformen für die Pflegeversicherung, bereits 2027 einen um knapp drei Zehntel auf 4,1 Prozent steigenden Beitragssatz. Bis 2035 prognostiziert IGES im Basisszenario einen Anstieg des Beitragssatzes in der SPV auf knapp 5 Prozent, bei ungünstigem Verlauf sogar bis auf 5,7 Prozent. Derzeit (2026) beträgt der Pflegeversicherungsbeitrag 3,6 Prozent (Zu- und Abschläge gibt es für Kinderlose und Familien).

Die Regierungskoalition hat sich vor den Landtagswahlen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz offensichtlich nicht auf konkrete Maßnahmen zur Reform der Pflegeversicherung festlegen wollen. Hier geht es vor allem um die Finanzierungsfragen. NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU), der eine gewichtige Stimme bei dieser Reform hat, hält beispielsweise eine Deckelung des Eigenanteils für nicht sinnvoll: dieser entlaste auch Menschen, die sich die Zuzahlung leisten könnten, zudem auch Geringverdienner, die diese über höhere Beiträge oder Steuern mittragen müssten. Zwei Drittel der Menschen, die im Heim leben würden, bräuchten keine finanzielle Unterstützung. Die SPD und SPD-geführten Länder hingegen würden gerne einen Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung etablieren.

Prävention und Gesundheitsförderung

Public-Health-Strategie: Die Ärzteschaft als Schlüsselakteur

Das öffentliche Gesundheitswesen in Deutschland steht vor komplexen Herausforderungen: Demografische Alterung, Zunahme chronischer Erkrankungen, steigende Prävalenz psychischer Belastungen sowie zunehmende kulturelle Diversität bilden die zentralen Einflussfaktoren. Die Bundesärztekammer (BÄK) hält eine „nationale Public Health Strategie“ für notwendig, um bestehende Potenziale auszuschöpfen und Prävention, Gesundheitsförderung sowie den öffentlichen Gesundheitsdienst nachhaltig zu stärken.

Gesundheit und Krankheit hängen laut BÄK-Präsidenten und gleichzeitig Hartmannbund-Vorsitzenden Dr. Klaus Reinhardt maßgeblich von individuellen Verhaltensweisen, aber auch von Lebensumständen und sozialem Status ab. Bei Public Health gehe es darum, Ursachen von Erkrankungen zu erkennen, Prävention zu fördern und gemeinsam Verantwortung zu übernehmen. „Wenn wir die Gesundheit der Bevölkerung langfristig stärken wollen, müssen wir sie im Sinne eines Health-in-all-Policies-Ansatzes in allen Politikfeldern mitdenken“, forderte er bei der Vorstellung der Stellungnahme „Medizinisch-wissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Public Health“ Ende 2025. „Health in all Policies“ steht für „Gesundheit in allen Politikfeldern“ und verfolgt die ressort- sowie politikfeldübergreifende Zusammenarbeit im Sinne einer Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Nur wenn politische Entscheidungen in Bereichen wie Bildung, Umwelt, Arbeit, Stadtentwicklung oder Verkehr auch gesundheitliche Auswirkungen berücksichtigten, kann Reinhardt zufolge die Gesunderhaltung der Bevölkerung als gemeinsame gesellschaftliche Aufgabe gelingen.

Einbindung der Zivilgesellschaft

Der Stellungnahme, die auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats der BÄK verfasst wurde, befürwortet eine Public-Health-Strategie, die insbesondere die positiven Ansätze von Gesundheits-



förderung und Prävention systematisch und bundesweit nutzbar macht und in andere wichtige Public-Health-Funktionen wie Gesundheitsschutz, Krisenbewältigung, Gesundheitskommunikation, multiprofessionelle Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschung integriert wird. Die Vielzahl der Akteure erfordere eine transparente Koordination und übergreifende Governancestrukturen, wird dort ausgeführt. Dazu bedürfe es eines „Whole of Government“-Ansatzes mit einer starken und nachhaltigen Einbindung nichtstaatlicher Akteure und der Zivilgesellschaft selbst. „Die Prävention muss gegenüber der kurativen Gesundheitsversorgung gestärkt werden, insbesondere durch gesunderhaltende Gestaltung der Lebenswelten“, erklärte Prof. Dr. Ute Thyen, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats und Federführende des Arbeitskreises „Medizinisch-wissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Public Health“. Dem Papier nach sind politische Sanktions- und Anreizsysteme (Regulation) unerlässlich, um den besten Weg zu mehr Gesundheit für alle im Sinne der Verhältnisprävention nachhaltig zu etablieren.

Kompetenzen effektiver nutzen

Der Ärzteschaft kommt eine zentrale Rolle in einer umfassenden und wissenschaftlich fundierten Public-Health-Strategie zu, heißt es weiter. Im Rahmen des in Deutschland gut etablierten medizinischen kurativen Versorgungssystems auf der Individualebene könne sie zur Gesundheitsförderung und Prävention beitragen. Ärzt:innen würden auch eine zentrale Rolle im Gesundheitsschutz übernehmen, insbesondere in der Arbeitswelt und in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche – sie müssten bei dieser Aufgabenübernahme deutlich besser unterstützt werden, und bestehende Barrieren müssten abgebaut werden. Zudem sollte der Einsatz der Ärzteschaft klarer gebündelt werden, um ihre Kompetenzen effektiver nutzbar zu machen und die Rolle der Ärzt:innen in einem interprofessionellen Agieren in Public Health klar zu definieren. Ferner sollten geeignete Kooperations- und Kommunikationswege zur besseren gemeinsamen Abstimmung zu Maßnahmen des Gesundheitsschutzes geschaffen werden.

Prof. Dr. Michael Hallek, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der BÄK, hob hervor, dass Public-Health-Forschung die Grundlage für wirksame Verhältnisprävention, für die Stärkung gesundheitlicher Kompetenzen und für mehr Chancengerechtigkeit sei. Damit leiste sie einen zentralen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung, zur Resilienz unseres Versorgungssystems sowie zum gesellschaftlichen Zusammenhalt. Seiner Ansicht nach müssen Forschungsressourcen stärker gebündelt, erfolgreiche Interventionen schneller in die Praxis übertragen und qualitativ hochwertige Daten für Forschung besser zugänglich gemacht werden.



Virtuelles Schockraumszenario an der Uni Ulm

„Dinge, die man nicht mit einer Puppe üben kann“

Zur Nachstellung und Übung realer Szenarien in der Notaufnahme einer Klinik kommt zunehmend die „Virtual Reality“ (VR) im Medizinstudium zum Einsatz. So auch an der Universität Ulm. Hier können Medizinstudierende seit dem Sommersemester 2025 in einem „virtuellen Schockraum“ die Notfallbehandlung eines Patienten trainieren. Durch das wiederholte Training sollen die Studierenden sicherer im Umgang mit seltenen, aber anspruchsvollen Notfallsituationen werden. Für die Entwicklung der Lernumgebung „virtueller Schockraum“ standen bislang rund 70.000 Euro aus der „Sonderlinie Medizin“ des Landes Baden-Württemberg zur Verfügung.

Die virtuelle Lernumgebung orientiert sich am realen Übungsschockraum im Trainingshospital „To Train U“ (TTU) an der Uni Ulm. Die Studierenden sind in der virtuellen Umgebung in einem fast leeren Raum, in dem in einer Ecke Computer aufgestellt sind. Mittels VR-Brillen sehen die Studierenden eine rein virtuelle 3-D-Kopie des Schockraums, wie er in vielen Notaufnahmen und auch im Trainingshospital TTU existiert. Medizinische Geräte sind der Uni zufolge „detailgetreu“ nachgebildet. Für die Übung liegt ein virtueller Patient auf der Untersuchungsliege, die Studierenden sehen ihre Teammitglieder als digitale Avatare. Auf zwei großen Bildschirmen an den Wänden läuft die Simulation ebenfalls ab, damit ein Tutor den Teilnehmenden Tipps und Ratschläge geben kann.

Behandlungsabläufe, Teamwork und Entscheidungen über Diagnose, Behandlung oder Pflege sollen die Studierenden in der virtuellen Umgebung trainieren können. „Fehler sind dabei ausdrücklich erlaubt und sogar erwünscht“, erklärte Tutor Felix Groß bei der Vorstellung des virtuellen Schockraums im Juli 2025. Der Medizinstudent hat das Projekt in den vergangenen eineinhalb Jahren begleitet und schreibt jetzt darüber seine Doktorarbeit. „Die Studierenden erhalten von uns ein qualifiziertes eins-zu-eins-Feedback und können so weiter an ihren Fähigkeiten arbeiten“, erläutert Groß weiter, der für sein Engagement mit dem Sonderpreis „Junge Lehrforschung“ 2025 der Medizinischen Fakultät ausgezeichnet wurde.

Verbindung von klassischen und digitalen Elementen

Die im Trainingskrankenhaus TTU gebotenen Möglichkeiten zur Übung von Notfallszenarien mit Puppen sind im Vergleich zum virtuellen Schockraum eingeschränkter, wie Tobias Böckers, Studiendekan Medizin der Universität Ulm, verdeutlichte: „Stellen Sie sich vor, Sie haben wirklich einen schweren Verkehrsunfall, möglicherweise auch mit Verlust von Extremitäten. Diese Dinge, die können Sie auch nicht, sage ich mal, mit einer Puppe üben, sondern hier hilft uns nun ein sogenanntes virtuelles Schockraumszenario.“

Seit dem Sommersemester 2025 sind zwei 90-minütige VR-Sessions im virtuellen Schockraum Teil des Ulmer Medizinstudiums. „Mit diesem innovativen Lernsetting heben wir die realitätsnahe Ausbildung in der Medizin auf ein neues Niveau“, erklärte Dr. Claudia Grab-Kroll, Leiterin des Geschäftsbereichs Studium und Lehre an der Medizinischen Fakultät. „Wir ergänzen und erweitern damit das Angebot unseres TTUs“, so Böckers, unsere Vision ist eine Lehre, die klassische und digitale Elemente verbindet – für kompetente, reflektierte und empathische Ärztinnen und Ärzte von morgen.“

„Wir wissen natürlich, dass besonders Extremsituationen selten vorkommen. Also möchten wir dies virtuell proben, damit im Ernstfall der Patient davon in bester Weise profitiert“, führte Böckers aus. Ihm zufolge ist auch denkbar, dass nicht nur die Studierenden der Uni Ulm, sondern auch der anderen Universitäten wie Heidelberg und Tübingen im Ulmer Schockraum üben. Dafür müssten sie nicht einmal nach Ulm fahren. Und auch Ärzt:innen könnten in diesem virtuellen Rahmen seltene Notfälle üben, so Böckers.



Sicher durch den Krankheitsfall:

Warum Ihr Einkommen eine Krankentagegeldversicherung braucht

Als Ärztinnen und Ärzte sind Sie es gewohnt, sich um die Gesundheit Ihrer Patientinnen und Patienten zu kümmern. Doch was, wenn Sie selbst unerwartet krank werden und längere Zeit arbeitsunfähig sind? Gerade für Sie ist es essenziell, auch für den Fall der Fälle vorzusorgen – denn eine längere Krankheit kann schnell zu einer erheblichen finanziellen Belastung werden. Das folgende Beispiel verdeutlicht die finanziellen Folgen längerer Arbeitsunfähigkeit:

Monatliches Krankengeld nach Beendigung Lohnfortzahlung	3.539,81 Euro
Monatliche Versorgungslücke im Vergleich zum Nettoeinkommen	2.655,45 Euro
Einkommenslücke in 3 Monaten	7.966,35 Euro

Dr. Lisa Becker*, 42 Jahre, Oberärztin (Uniklinik) und verdient monatlich 11.413 Euro brutto (6.195,26 Euro netto). Aufgrund eines schweren Bandscheibenvorfalles ist sie für 4,5 Monate krankgeschrieben. Was bedeutet das konkret für ihr Einkommen?

- In den ersten sechs Wochen übernimmt ihr Arbeitgeber die Lohnfortzahlung. Danach leistet die gesetzliche Krankenversicherung (GKV): Frau Dr. Becker erhält als gesetzlich Versicherte ab dem 43. Tag ein Krankengeld. Klingt gut, oder? Es gibt jedoch Grenzen:
- Die Höhe des Krankengeldes beträgt 70 % des bisherigen regelmäßigen Bruttogehaltes – höchstens jedoch 90 % des Nettogehaltes.
- Das Einkommen wird nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (5.812,50 EUR in 2026) berücksichtigt.
- Von diesem Krankengeld werden die Arbeitnehmeranteile zum ärztlichen Versorgungswerk, Arbeitslosen- und zur Pflegeversicherung abgezogen.
- Das Krankengeld wird maximal für 78 Wochen innerhalb von drei Jahren für dieselbe Krankheit gezahlt.

Das bedeutet für Frau Dr. Becker:

Monatliches Einkommen (Brutto Netto)	11.413 Euro 6.195,26 Euro
70 % der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze	4.068,75 Euro
Abzüge der Arbeitnehmeranteile (u.a. ärztliches Versorgungswerk)	528,94 Euro

So entsteht die Einkommenslücke

Somit erhält Frau Dr. Becker deutlich weniger als ihr reguläres Einkommen. Besonders bei höheren Einkommen entsteht eine Lücke, die den gewohnten Lebensstil erheblich beeinträchtigen kann.

Hier schafft die Krankentagegeldversicherung Abhilfe

Mit einer privaten Krankentagegeldversicherung können Sie diese Lücke gezielt schließen - als sinnvolle Ergänzung zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung. Für gesetzlich Versicherte kann es die Einkommenslücke deutlich verringern. Für privat Versicherte ist das Krankentagegeld sogar ein notwendiger Einkommensersatz, da kein Krankengeld gezahlt wird.

Ob als Ergänzung zum gesetzlichen Krankengeld für GKV-Versicherte oder als alleinige Absicherung für privat Versicherte – die richtige Höhe des Krankentagegeldes ist individuell zu wählen. Experten empfehlen: Lassen Sie sich zur Ermittlung Ihres Krankentagegeldbedarfs beraten, um finanzielle Engpässe zu vermeiden. So können Sie sich bei längerer Arbeitsunfähigkeit ganz auf Ihre Genesung konzentrieren. Besonders vorteilhaft: Das Krankentagegeld ist steuerfrei.

Rundum geschützt: Arbeits- und Berufsunfähigkeitsversicherung aus einer Hand!

Unser Tipp: Schützen Sie sich proaktiv – die Kombination einer Berufsunfähigkeitsversicherung und einer Arbeitsunfähigkeitsabsicherung sichert Sie umfassend ab. Denn aus längerer Arbeitsunfähigkeit kann

sich schnell eine Berufsunfähigkeit entwickeln. Es empfiehlt sich, beide Versicherungen bei einem Anbieter abzuschließen, um mögliche Lücken zu vermeiden und in der Regel einen reibungslosen Übergang bei Zahlungen sicherzustellen. So sind Sie rundum abgesichert!

Regelmäßig prüfen, umfassend absichern

Da sich Ihr Einkommen im Laufe Ihres Berufslebens ändert, empfiehlt es sich, die Höhe des Krankentagegeldes regelmäßig zu überprüfen und bei einer Einkommenssteigerung anzupassen. Das Beste: Unter bestimmten Voraussetzungen kann eine erneute Gesundheitsprüfung sogar entfallen.

Fazit:

Als Ärztin oder Arzt sollten Sie Ihre finanzielle Absicherung bei längerer Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit nicht dem Zufall überlassen. Das Krankentagegeld ist ein unverzichtbarer Baustein bei Ihrer Gesundheitsabsicherung, um auch bei längerer Arbeitsunfähigkeit Ihren gewohnten Lebensstandard zu sichern. Die Beraterinnen und Berater der Deutschen Ärzte Finanz helfen Ihnen, die aktuelle Krankentagegeld-Absicherung zu prüfen und so eine umfassende Absicherung zu gewährleisten.

*Name ist frei erfunden



Medizin studieren ohne Noten-NC im Baltikum:

Vilnius und Riga bieten exzellente Studienbedingungen – mit MediStart

Vilnius und Riga gehören zu den dynamischsten Hochschulstandorten Nordeuropas. Die litauische Hauptstadt Vilnius begeistert mit ihrer barocken Altstadt, die zum UNESCO-Weltkulturerbe zählt, und einer lebendigen, internationalen Studierendenszene. Riga, die Hauptstadt Lettlands, verbindet eindrucksvolle Jugendstilarchitektur mit modernem Campusleben und einer stark wachsenden medizinischen Forschungslandschaft.

Beide Städte bieten ein sicheres Umfeld, vergleichsweise moderate Lebenshaltungskosten und eine hohe Lebensqualität. Die Kombination aus historischer Kulisse und moderner Infrastruktur schafft ideale Voraussetzungen für ein anspruchsvolles Medizinstudium im europäischen Ausland.

Internationale Spitzenuniversitäten mit Tradition

Das englischsprachige Medizinstudium an der **Vilnius University** sowie an der **Riga Stradins University (RSU)** steht für akademische Qualität und internationale Anerkennung. Beide Universitäten verfügen über jahrzehntelange Erfahrung in der Ausbildung internationaler Studierender und sind europaweit anerkannt.

Die Lehrpläne entsprechen den EU-Richtlinien für medizinische Ausbildung und verbinden fundierte Grundlagenfächer mit frühzeitiger klinischer Praxis. Moderne Simulationszentren, digital ausgestattete Hörsäle und enge Kooperationen mit Universitätskliniken gewährleisten eine praxisorientierte Ausbildung auf aktuellem wissenschaftlichen Stand. Kleine Lerngruppen und eine intensive Betreuung durch erfahrene Dozenten fördern nachhaltiges Lernen und ermöglichen eine persönliche Studienatmosphäre.

Klinische Ausbildung teilweise auch in Deutschland möglich

Ein besonderer Vorteil des Studiums in Vilnius und Riga besteht in der Möglichkeit, Teile der klinischen Ausbildung beziehungsweise Praktika auch an deutschen Krankenhäusern zu absolvieren. Im Rahmen von Famulaturen oder praktischen Ausbildungsabschnitten können Studierende wertvolle klinische Erfahrung im deutschen Gesundheitssystem sammeln. Dies erleichtert nicht nur die spätere Rückkehr nach Deutschland, sondern ermöglicht frühzeitig den Aufbau beruflicher Netzwerke sowie ein vertieftes Verständnis der Abläufe in deutschen Kliniken. Damit verbindet das Studium im Baltikum internationale akademische Ausbildung mit praktischer Nähe zum deutschen Gesundheitswesen.

MediStart ist die offizielle Agentur der Studienprogramme in Deutschland. In Vilnius und Riga können Sie sich schon jetzt bewerben, auch wenn Sie Ihr Abitur erst im Sommer erhalten. Für die Zulassung an den Universitäten ist Ihre Abiturnote nicht entscheidend. Das Zulassungsverfahren in Vilnius wird von MediStart über den MediTest-EU unabhängig von Noten und belegten Schulfächern organisiert. Der MediTest-EU besteht aus einem Multiple-Choice-Test in den Naturwissenschaften sowie einem Motivations-Interview. Dieser kann jederzeit online von zu Hause aus geschrieben werden.

MediStart berät gerne zu den individuellen Voraussetzungen und Möglichkeiten. Durch individuelle Coachings bereitet MediStart seine Mandanten optimal auf den MediTest-EU vor, damit frühzeitig ein Studienplatz für den Start im Herbst 2026 gesichert werden kann. MediStart begleitet seine Mandanten von Anfang an, sorgt für einen reibungslosen Ablauf während der gesamten Bewerbungsphase und betreut vor Ort.

Die seit 2015 bestehende Partnerschaft mit dem Hartmannbund ermöglicht Kindern und Enkeln von Hartmannbund-Mitgliedern einen exklusiven Rabatt in Höhe von 500 Euro auf das Erfolgshonorar. Unsere Erfolgsquote von 100% in den letzten 3 Jahren spricht für sich.

Innocentiastraße 23
20144 Hamburg, Deutschland
Telefon 040 413 436 60
eMail: info@medistart.de
Internet: www.medistart.de



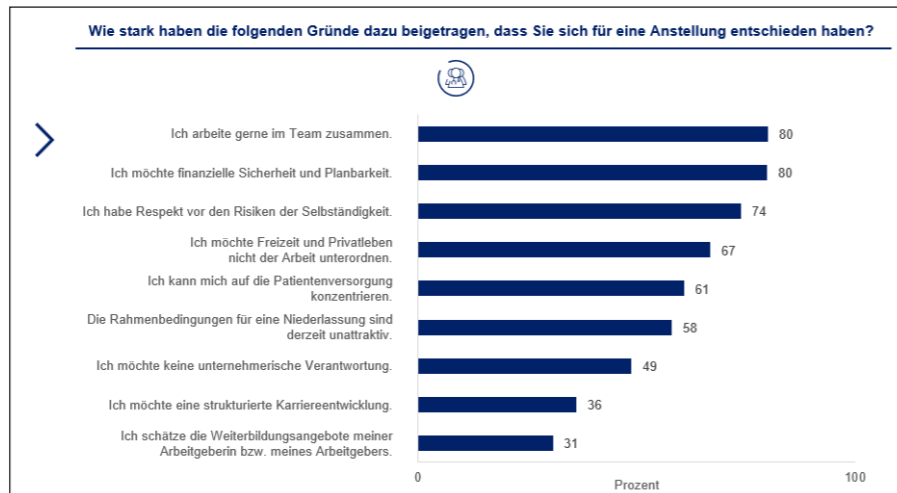
Sorge vor hoher Bürokratie, unflexiblen Arbeitszeiten und finanziellen Risiken Ein Berufsbild im Wandel

Die Arbeitswelt der Ärztinnen und Ärzte verändert sich spürbar: Die Anstellung gewinnt gegenüber der klassischen Niederlassung zunehmend an Bedeutung. Dieser Trend verstärkt sich seit Jahren und verschiebt den Fokus immer mehr hin zu Anstellungen in größeren Versorgungsstrukturen. Doch was genau führt zu der Entscheidung für ein Angestelltenverhältnis? Antworten liefert die aktuelle apoBank-Studie „Anstellung im Fokus – Heilberuf im Wandel“. Für die Untersuchung wurden 500 Heilberufler befragt – darunter jeweils 100 Haus- und Fachärzte. Die Studie zeigt außerdem, wie zufrieden angestellte Medizinerinnen und Mediziner mit ihren Arbeitsbedingungen sind und welche Erwartungen sie an ihre Arbeitgeber richten. Damit beleuchtet sie nicht nur individuelle Motive, sondern auch, wie sich die ambulante Versorgung verändert und welche Rahmenbedingungen Praxen und MVZ schaffen müssen, um medizinische Fachkräfte zu gewinnen und langfristig zu binden. Was angestellte Ärzte wirklich bewegt

Teamarbeit, finanzielle Sicherheit und der Respekt vor den Risiken der Selbständigkeit zählen zu den wichtigsten Gründen für eine Anstellung. Die Kernbotschaften der Umfrage zeigen klar: Viele Ärzte möchten sich fachlich austauschen, Verantwortung teilen und in klar strukturierten Arbeitsumgebungen tätig sein. Gleichzeitig bieten stabile Einkommen und planbare Arbeitsbedingungen Sicherheit – ein Faktor, der insbesondere in wirtschaftlich unsicheren Zeiten an Bedeutung gewinnt.

1. Team und Austausch

Für fast 90 Prozent der Befragten ist der persönliche Austausch mit Kolleginnen und Kollegen beruflich wichtig. Besonders die Arbeit im Team schätzen viele Ärztinnen und Ärzte – gleichzeitig fehlt ihnen jedoch oft die Zeit für echte Gespräche, fachliche Diskussion und interdisziplinäre Abstimmung. Das zeigt: Eine starke Teamkultur ist ein zentraler Bestandteil des beruflichen Alltags und wird zunehmend als Qualitätsfaktor wahrgenommen.



Gründe für das Angestelltenverhältnis

2. Vergütung und finanzielle Planbarkeit
Ein finanzielles Sicherheitsnetz spielt eine entscheidende Rolle: 71 Prozent der Befragten wünschen sich eine angemessene Vergütung und damit verbundene finanzielle Stabilität. Unter männlichen Angestellten hat das Thema Gehalt zudem einen etwas stärkeren Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Dennoch sind Männer und Frauen gleichermaßen nur zu 41 Prozent mit ihrem aktuellen Einkommen zufrieden.

3. Arbeitszeitmodelle und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
39 Prozent der Befragten wünschen sich flexiblere Arbeitszeiten. Die Zufriedenheit mit dem eigenen Arbeitszeitmodell variiert dabei deutlich zwischen den Fachgruppen: Hausärzte zeigen insgesamt die höchste Zufriedenheit – in dieser Gruppe ist auch der Anteil an Gleitzeit bzw. flexiblen Arbeitszeitmodellen am größten. Fachärzte hingegen fordern verstärkt mehr Flexibilität und weniger Wochenstunden.

Herausforderungen im Berufsalltag

Neben den zentralen Motiven für die Anstellung zeigt die Studie auch deutliche Belastungsfaktoren. Nur rund ein Drittel der Heilberufler erhält regelmäßig Feedback oder wird gezielt gefördert. Gleichzeitig bleibt Bürokratie ein signifikanter Belastungsstrei-

ber – sie bindet wertvolle Zeit, die für Patientenkontakt oder kollegialen Austausch fehlt. Zeitdruck prägt darüber hinaus den Arbeitsalltag vieler angestellter Ärzte. Besonders Hausärzte wünschen sich hier deutliche Verbesserungen. Der Bedarf an besseren Rahmenbedingungen und spürbarer Entlastung im beruflichen Alltag ist entsprechend groß.

Der Blick nach vorn

Mit Blick auf die Zukunft zeigt sich ein klarer Trend: Weniger als ein Viertel der befragten Haus- und Fachärzte kann sich eine Praxisgründung in den nächsten fünf Jahren vorstellen. Gründe hierfür sind die Sorge vor hoher Bürokratie, unflexiblen Arbeitszeiten und finanziellen Risiken sowie der Wunsch nach stabilen und verlässlichen Strukturen. Gleichzeitig verschieben sich die Präferenzen der Ärztinnen und Ärzte für die beruflichen Perspektiven zunehmend hin zu größeren Versorgungseinheiten als bevorzugte Arbeitgeber. Der Arztberuf befindet sich damit in einer spürbaren Transformation: Die ambulante Versorgung entwickelt sich weg von der klassischen Einzelpraxis hin zu stärker organisierten, kooperativen Strukturen. Große Praxen, MVZ und vernetzte Versorgungseinheiten prägen zunehmend den Alltag – und bieten dem wachsenden Trend zur Anstellung geeignete Rahmenbedingungen.



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. Damit Sie dabei flexibel bleiben, ist eine Stornierung Ihrer Buchung bis zu 48 Stunden vorher problemlos möglich. Und falls Sie sich gar nicht mehr von Ihrem Mietwagen trennen möchten – kein Problem! 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 pas-

sende Mobilitätslösung, einschließlich umweltfreundlicher Elektro-Optionen. Unsere sorgfältig zusammengestellte Flotte besticht durch sparsame Modelle und sportliche Kombis bis hin zu einer erstklassigen Auswahl an Premium-Modellen von Audi, Mercedes, Volvo oder BMW.

Immer in Ihrer Nähe

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

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 Contract-Nummer: 40295733 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:** Unser neues 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:** Hartmannbund-Mitglieder erwarten weitere Vorteile, wie die Möglichkeit zur Lieferung und Abholung, Bonuspunkte sowie exklusive Rabatte bei Hotelketten, Fluggesellschaften, Bahn- und Bankpartnern von Europcar.

Mehr Informationen finden Sie online unter europcar.de. Wir freuen uns auf Sie!

Umsatzsteuerfreiheit bei stationären Leistungen

Risiken für Privat- und Praxiskliniken

Stationäre Leistungen gehören längst nicht mehr nur zum klassischen Krankenhaus. Auch Praxiskliniken, OP-Zentren und Privatkliniken erweitern ihr Angebot um Kurzaufenthalte oder Übernachtungen. Medizinisch ist das oft sinnvoll, umsatzsteuerlich jedoch heikel. Denn für die Steuerfreiheit nach § 4 Nr. 14 Buchstabe b UStG kommt es seit der gesetzlichen Neuordnung maßgeblich darauf an, ob Leistungen unter sozial vergleichbaren Bedingungen wie bei zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden.

Es reicht nicht, medizinisch hochwertige Leistungen anzubieten. Gefordert wird eine Struktur, die einem zugelassenen Krankenhaus in wesentlichen Punkten vergleichbar ist. Entscheidend sind insbesondere Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit. Personal, Räume und technische Ausstattung müssen eine Krankenhausbehandlung tragen können. Das Entgeltniveau ist dabei ein wichtiges Indiz. Deutliche Abweichungen können gegen die erforderliche Wirtschaftlichkeit sprechen, vor allem wenn sie das Gesamtbild prägen. Wer also dauerhaft erheblich höhere Tagessätze oder Fallpauschalen abrechnet, verlässt schnell den steuerfreien Bereich.

Dazu kommt die Sozialkomponente. Sozial vergleichbare Bedingungen liegen nach dem Gesetz vor, wenn das Leistungsangebot dem Krankenhausstandard entspricht und voraussichtlich mindestens 40 Prozent der jährlichen Belegungs- oder Berechnungstage auf Patienten entfallen, bei denen kein höheres Entgelt als für allgemeine Krankenhausleistungen nach KHEntgG/Bundespflegesatzverordnung berechnet wird. Alternativ kann auf 40 Prozent der begünstigten Leistungen (Vorjahresmaßstab) abgestellt werden.

Ein aktuelles BFH-Urteil vom 8. Juli 2025 (XI R 36/23) zeigt die strenge Prüfung. Der BFH versagte die Steuerfreiheit, weil die Klinik nicht

ETL | ADVISION

Steuerberatung im Gesundheitswesen

die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung unter sozial vergleichbaren Bedingungen bot.

Für die Praxis folgt daraus: Stationäre Leistungen müssen klar abgegrenzt werden. Was ist Krankenhausbehandlung, was ärztliche Heilbehandlung und was Komfort? Genauso wichtig sind eine laufende Kontrolle der 40-Prozent-Quote sowie ein belastbarer Vergleich des Entgeltniveaus, insbesondere im Verhältnis zu DRG-Fallpauschalen und den Maßstäben nach KHEntgG/BPflV.

Autor: Andreas Mauder, Steuerberater, Dipl.-Kfm.(FH) und Fachberater für den Heilberufsbereich (IFU/ISM gGmbH) im ETL ADVISION-Verband aus Merseburg, Halle und Hettstedt und spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen. **Kontakt:** ETL ADVITAX GmbH, Steuerberatungsgesellschaft & Co. Merseburg KG, Weißenfelser Straße 46, 06217 Merseburg, (03461) 2787140, advitax-merseburg@etl.de, www.advitax.com

Qualität und persönliche Betreuung Genießen Sie Ihre Vorteile

Als international agierende Hotelgruppe bietet H World International optimale Rahmenbedingungen für Tagungen, Kongresse und Verbandsveranstaltungen. Moderne Konferenzräume, professionelle Veranstaltungsteams und verlässliche Servicequalität sorgen für reibungslose Abläufe und nachhaltigen Erfolg.

Im Rahmen der Kooperation profitieren Mitglieder des Hartmannbundes von attraktiven Sonderkonditionen bei Veranstaltungen und Übernachtungen in den Häusern von H World International.



Alle Mitglieder des Hartmannbundes können von einem Rabatt von 15 % auf die aktuelle Tagungsrate profitieren.

Marken der
Steigenberger Hotels GmbH

Steigenberger Hotels & Resorts
Steigenberger ICON
IntercityHotels
Zleep Hotels
JAZ in the City

Bitte geben Sie bei der Buchung oder online den **Buchungscode CINV55** an. „Unsere langjährige Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Verbänden zeigt, wie wichtig Verlässlichkeit, Qualität und persönliche Betreuung sind“, erklärt ein Sprecher von H World International. „Wir freuen uns, den Mitgliedern des Hartmannbundes ein maßgeschneidertes Angebot anbieten zu können.“



Mit dieser Partnerschaft setzt H World International auf bewährte Werte, langfristige Zusammenarbeit und nachhaltige Kundenbeziehungen.

Helfen Sie mit, das Thema **Klima und Gesundheit** in Politik, Gesellschaft und im Gesundheitswesen sichtbar zu machen.

Mehr über KLUG:
WWW.KLIMAWANDEL-GESUNDHEIT.DE

**Ich unterstütze die Arbeit von KLUG.
Tun Sie es auch.**

Prof. Dr. Harald Lesch
Wissenschaftler und Moderator



Jetzt spenden.
Ihr Beitrag wirkt.



DIE HARTMANNBUND-APP



Hartmannbund



DIGITALISIERUNG MUSS ALLEN NUTZEN

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

DIAGNOSE: NÜTZLICH



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

Sophie Weber

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

Sophie Weber

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

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Sophie Weber

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

Sophie Weber

Tel.: 030 206208-31

Regional

Regionalreferat Nord

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

Tel.: 030 206208-0

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 (ZA) Inventar zu verkaufen:

Autoklav DENTARES Dentaclave B

Funktioniert gut. Letzter Service 2023. Neupreis EURO 3.687 inkl. Validierung.

Röntgengerät analog Zahnfilm GENDEX

Alter KaVo Patientstuhlg, in meiner Praxis seit 1988, damals als gebraucht gekauft.

Jetzt wegen Praxisauflösung zu verkaufen. Muss neu bezogen werden. Funktioniert.

ALLE ARTIKEL: Nur zur Abholung. Barzahlung bei Abholung. Ohne Gewähr, da Privatverkauf.

Kontakt: praxisahonen@aol.com oder Tel. 04748-455

Nachricht hinterlassen.

Gut situierte Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe im Großraum Hamburg ab 01.01.2027 abzugeben:

Größe: 160 qm, 2 Behandlungsräume mit jeweils einem Untersuchungsstuhl und jeweils einem Sonoggerät. Ein Eingriffsraum mit einem High-End-Sonoggerät. Großes Wartezimmer, CTG- und Ruheraum sowie ein Personalraum mit kleiner Küche. Gute Lage (zum Zentrum 5 Minuten Fußweg) mit eigenem Parkplatz und guter Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel (Bushaltestelle vor dem Haus, Bahnhof 5 Minuten Fußweg).

Bei Interesse Einsicht von Bildern möglich.

Bei Interesse Kontakt unter Chiffre:

115859 an redaktion@hartmannbund.de

Ärztegesellschaft für Präventionsmedizin und klassische Naturheilverfahren Kneippärzteebund e.V. bietet folgende Seminare und Kurse an:

Naturheilverfahren

Zusatzbezeichnung (Modul 1 bis 4) zeitsparende Superkompaktkurse

80 Stunden Fallseminare

Naturheilverfahren, 5 Tageskurse

Ernährungsmedizin

Zusatzbezeichnung und 120 Stunden, Fallseminare

Psychosomatische Grundversorgung

50 Std. Theorie + verbale Intervention

Wald-Gesundheitstrainer/Wald-Therapeut

mit der LMU Universität München

Kneipparzt-Diplom

Weiterbildung für Absolventen der Naturheilverfahren

Orthopädie für die tägl. Praxis

1,5 Tage Seminar

Kursort: Bad Wörishofen

Informationen und Termine

www.kneippaerzteebund.de

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



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.

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:

Dr. Michael Vogt (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: KI-generiert (ChatGPT/DALL-E)

Icons: © venimo – stock.adobe.com

Erfolgreiches Format mit Dr. Klaus Reinhardt
**Kamingespräche des Landesverbandes
Berlin gehen in die nächste Runde**



Im Sommer vergangenen Jahres hat der Berliner Landesverband des Hartmannbundes ein neues Veranstaltungsformat ins Leben gerufen: die Kamingespräche mit Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer und Hartmannbund-Vorsitzender. In diesem Jahr wird die Reihe aufgrund der hohen Nachfrage und ausnahmslos positiven Resonanz fortgesetzt.

Die Gesprächsreihe, an der alle Hartmannbund-Mitglieder sowie ausgewählte weitere Akteure des Gesundheitswesens teilnehmen können, versteht sich als offenes Forum und Think Tank. Moderiert von Dr. Reinhardt bietet sie fundierte Diskussionen und zugleich aufschlussreiche Einblicke hinter die Kulissen der Gesundheitspolitik. Initiiert und entwickelt wurde die Veranstaltung vom Vorstandsteam des Landesverbandes Berlin: Miriam Vosloo, Prof. (RCSI) Dr. habil. Uwe Torsten und Dr. Andrea Lietz-Partzsch.

Sie sehen den Hartmannbund als gesamtärztlichen Verband geradezu prädestiniert für ein solches Format: „Unser Verband betrachtet die Herausforderungen der Zeit in ihrem Gesamtzusammenhang, nicht isoliert oder mit einem durch Partikularinteressen verstellten Blick. Das ist wirklich eine Besonderheit: so können wir wertvolle Impulse für die gesundheitspolitische Debatte liefern – abgesehen von den vielen Vorteilen und Leistungen für unsere Mitglieder“.

Der nächste Termin ist der 3. Juni 2026 (19 Uhr), Ort ist die Geschäftsstelle des Hartmannbundes in Berlin (weitere Termine werden auf www.hartmannbund.de/berlin veröffentlicht).



WIR SIND EIN GANZER BIENENSTOCK.

Wir vernetzen Euch.



Cooler Netzwerk



Kostenlose Haftpflichtversicherung



Professionelle Beratung



www.hartmannbund.de/studierende



Hartmannbund
STARK FÜR MEDIZINSTUDIERENDE.

Lara Krüger, Assistenzärztin der Allgemeinmedizin

Sie verlassen sich bei Ihrer Prognose **ja auch nicht** **auf den Wetterfrosch.**

Darum habe ich mich von Expertinnen und Experten
beraten lassen, die genau verstehen, was für meinen
Vermögensaufbau und meine Zukunftspläne wichtig ist.

Mehr erfahren auf apobank.de

Die beste Wahl für gesunde Finanzen.

