

02/2026



Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin



Medizin mit Handicap

Es geht noch inklusiver!

Halten Sie Ihren Mitarbeitenden den Rücken frei.



Sie sind das Herz jeder Praxis, ohne sie läuft nichts! Gute Mitarbeitende zu finden und zu halten, ist die Herausforderung unserer Zeit.

Fördern Sie den Aufbau einer soliden Altersversorgung für Ihre Mitarbeitenden mit der **GesundheitsRente – der betrieblichen Altersvorsorge (bAV) der Deutschen Ärzteversicherung.**

So können Sie – und auch Ihre Angestellten – stets entspannt nach vorn blicken!

Informieren Sie sich jetzt über die neue GesundheitsRente unter www.gesundheitsrente.de

 **Deutsche
Ärzteversicherung**

Editorial



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

liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

vielleicht haben Sie in letzter Zeit auch das Gefühl, dass unser ärztlicher Arbeitsalltag einer permanenten Rushhour gleicht? Überall Baustellen, Umleitungsschilder und mehr Stillstand als Aufbruch. Die Politik nimmt sich in diesen Zeiten des Umbruchs gerne die Vorfahrt, biegt aber aktuell viel zu oft falsch ab. Denn wer erst spart und dann reformiert, landet in einer Sackgasse. Keine Frage: Unser Gesundheitssystem steht unter einem gewaltigen Veränderungsdruck. Doch während wir jetzt mit voller Kraft reformieren, modernisieren und zukunftssicher werden sollten, droht uns in Praxen und Kliniken buchstäblich der Treibstoff auszugehen. Der Reformmotor wird abgewürgt, bevor er überhaupt erst richtig in Fahrt kommt.

In unserer Titelgeschichte schauen wir bewusst auf ein anderes Thema, das über die aktuelle gesundheitspolitische Lage hinausgeht: Die Inklusion in der Medizin. Es ist ein gutes Beispiel dafür, wo Veränderungen dringend nötig und absolut bereichernd sind. Wir lassen betroffene Kolleginnen und Kollegen, Medizinstudierende und natürlich Patientinnen und Patienten zu Wort kommen. Sie berichten von den Hürden in ihrem Berufs- und Alltagsleben. Es geht um physische Barrieren in Kliniken, aber vor allem auch um die Barrieren in den Köpfen. Dabei wird deutlich, dass Inklusion im medizinischen Umfeld kein „Nice-to-have“ ist, sondern ein fundamentaler Baustein für eine empathische und zukunftsfähige Versorgung, von der alle profitieren.

Die Zukunftsfähigkeit ist ohne Zweifel das entscheidende Element im Gesundheitswesen. Und dass die Ärztinnen und Ärzte hierbei eine tragende Rolle spielen, wurde nicht zuletzt durch die Debatten beim Deutschen Ärztetag in Hannover deutlich, über die wir im Magazin berichten. Es geht etwa um das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz mit seinen versorgungsgefährdenden Kürzungen im ambulanten und stationären Bereich. Und um die Notfallreform und das Digitalgesetz: Zwei Großprojekte, die zwar gut gedacht, aber in der jetzigen Form noch nicht ausreichend gut gemacht sind. Eine andere, längst überfällige Baustelle für unseren ärztlichen Nachwuchs ist die Reform des Praktischen Jahres. Und auch hier gilt: Eine Reform ist nur so gut wie ihre finanzielle und strukturelle Unterfütterung. Wir dürfen die junge Generation nicht desillusionieren, denn sie ist unsere Zukunft.

Ein roter Faden, der sich durch all diese Themen zieht, ist offensichtlich: Die Zukunftsfähigkeit. Wir befinden uns in einer historischen Phase des Umbruchs und stehen vor tiefgreifenden Belastungsproben. Die Gewinnung gut ausgebildeter, qualifizierter Fachkräfte und die demografischen Herausforderungen bei der Finanzierung unserer sozialen Sicherungssysteme beschäftigen uns auch im ärztlichen Alltag massiv. In dieser schwierigen Lage wünsche ich uns allen Mut zur Veränderung aber auch Standhaftigkeit in bewegten Zeiten.

Mit freundlichen Grüßen

Klaus Reinhardt

Dr. Klaus Reinhardt

Inhalt



Traumberuf trotz Beeinträchtigung: Wie Betroffene den nicht immer barrierefreien Alltag meistern:

Mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung Medizin zu studieren oder den Arztberuf auszuüben, kann Betroffene vor Herausforderungen stellen. Mehr Organisation, Absprachen und unter Umständen auch Improvisationstalent sind gefragt, um sich durchzusetzen. Doch es gibt durchaus noch Potenzial, das Gesundheitssystem für Medizinstudierende und Ärzt:innen mit Behinderungen inklusiver zu gestalten und deren Expertise besser zu nutzen.

6

22
Gesetzgebungen machen das Gesundheitswesen zum kranken Patienten
Dialog entscheidend



24
Klares Signal gegen Sparpolitik zulasten der Versorgung
130. Deutscher Ärztetag in Hannover



25
Kommt die „Bürokratie-Task-Force“?
Vertrauenkultur soll etabliert werden



26
„An entscheidenden Punkten absolut übergreifend“
Ärzterschaft befürchtet Eingriffe in die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung



28
Zum ersten, zum zweiten und nun vielleicht zum letzten Mal?
Notfallreform erneut auf dem parlamentarischen Weg

30
Digitalisierung verändert Möglichkeiten der Patientenversorgung
Neuer Aktionsplan für Arzneimitteltherapiesicherheit

32
Nutzerfreundlichkeit und niedrigere Lizenzgebühren gefragt
Praxisverwaltungssysteme im Spiegel des Praxisalltags

33
Unterschiedliche Gewichtung von NC und anderen Auswahlkriterien
Neuerungen beim Zugang zum Medizinstudium

34
Hartmannbund-Liste bietet Transparenz über PJ-Aufwandsentschädigung
Das große Warten auf die Reform des Medizinstudiums

36 Service Kooperationspartner
44 Ansprechpartner
45 Kleinanzeigen
46 Impressum

Traumberuf trotz Beeinträchtigung:

Wie Betroffene den nicht immer barrierefreien Alltag meistern

Mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung Medizin zu studieren oder den Arztberuf auszuüben, kann Betroffene vor Herausforderungen stellen. Mehr Organisation, Absprachen und unter Umständen auch Improvisationstalent sind gefragt, um sich durchzusetzen. Doch es gibt durchaus noch Potenzial, das Gesundheitssystem für Medizinstudierende und Ärzt:innen mit Behinderungen inklusiver zu gestalten und deren Expertise besser zu nutzen.

Eine zufällige Karriere – so beschreibt Prof. Dr. Oliver Semler seinen beruflichen Werdegang mit einem Lachen. Eigentlich hatte er ein klassisches Kinderarzt-Dasein im Kopf, als er sich für den Arztberuf entschieden hatte. „Dass sich daraus eine universitäre Laufbahn mit Wissenschaft, Forschung und Lehre entwickeln würde, war eigentlich nie geplant.“ Der 51-Jährige ist Sprecher für den Bereich Hormon- und Skeletterkrankungen der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin an der Uniklinik Köln. Der Kinder-

arzt ist Wissenschaftler auf dem Gebiet der Osteogenesis imperfecta, der Glasknochenkrankheit. Er war maßgeblich am Aufbau der Ambulanz für Patient:innen mit Glasknochenkrankheit beteiligt. Und er ist selbst davon betroffen. Etwa 30 Knochenbrüche zählt er von seiner Kindheit an bis heute. Für ihn ist seine Erkrankung ein Aspekt, der auch dazu beigetragen hat, welchen Weg er als Arzt eingeschlagen hat. Denn aufgrund seiner körperlichen Fähigkeiten war er rechtzeitig von Spät- und Nachtdiensten befreit worden. Das war sein Start in die Wissenschaft.

Semler sieht das ganz pragmatisch: Der Arbeitgeber sei nicht dazu da, ihm das Dasein als Arzt zu ermöglichen. „Letztlich muss es für beide Seiten von Vorteil sein, wenn ich als Arzt tätig bin. Dafür muss ich auch gewisse Fähigkeiten mitbringen und in einzelnen Bereichen vielleicht besser sein als andere, um Dinge, die ich eben nicht leisten kann, auszugleichen“, meint er. Also widmete er sich der Forschung. Und konnte mit seinem Umgang mit Kindern überzeugen: „Kinder finden mich irgendwie lustig und interessant. Und ich finde zu ihnen vielleicht auch ein bisschen leichter Zugang als jemand, der zwei Meter groß und einen Meter breit ist.“ Dass er auf dem Gebiet der kindlichen Knochenkrankungen so erfolgreich geworden ist, liegt aus seiner Sicht auch daran, dass er selbst betroffen ist. „Natürlich kommen mehr Familien zu mir und wollen sich eher von mir beraten lassen als vielleicht von jemandem, der keine Skeletterkrankung hat“, sagt er. Auf diese Weise fungiert er auch als Vorbild – vier seiner Patienten haben mittlerweile selbst ein Medizinstudium angefangen. „Das ist eine deutlich höhere Quote als zu meiner Zeit“, scherzt Semler. „Ich bin sicherlich ein Beispiel dafür, dass man vieles schaffen kann. Das Entscheidende ist aber: Man erhält zwar Unterstützung, wenn man nach Hilfe fragt, aber man darf nicht erwarten, dass, nur weil man eine Einschränkung hat, Leute auf einen zukommen und es dadurch leichter wird.“

Inklusion nur bis zu bestimmtem Grad möglich

Auf seinen eigenen Wunsch, Medizin studieren zu wollen, reagierte viele anfangs mit Zweifel. Semlers Freundeskreis habe ihn letztlich aber darin bekräftigt, es einfach zu probieren. Mit echten Barrieren, wie es Semler ausdrückt, habe er sich seit dem Start ins Medizinstudium jedoch kaum auseinandersetzen müssen. Nichts, das sich nicht durch ein Mehr an Organisation und Improvisation habe



„Man erhält zwar Unterstützung, wenn man nach Hilfe fragt, aber man darf nicht erwarten, dass, nur weil man eine Einschränkung hat, Leute auf einen zukommen und es dadurch leichter wird“

bewältigen lassen: Sich wie andere aufs Fahrrad zu schwingen oder einen Spurt einzulegen, um schnell vom Hörsaal im Chemiegebäude zur Vorlesung in der Mikrobiologie zu kommen, war für ihn nicht möglich. Oder ohne Trittstufe im Anatomiekurs den Tisch überblicken zu können.

Semler nimmt Veränderungen wahr, die in den vergangenen Jahren stattgefunden haben und Menschen mit Behinderungen stärker im Studium und Beruf unterstützen. Behindertenbeauftragte gab es zu seiner Zeit an der Uni noch nicht. Barrieren in Gebäuden werden immer mehr abgebaut.

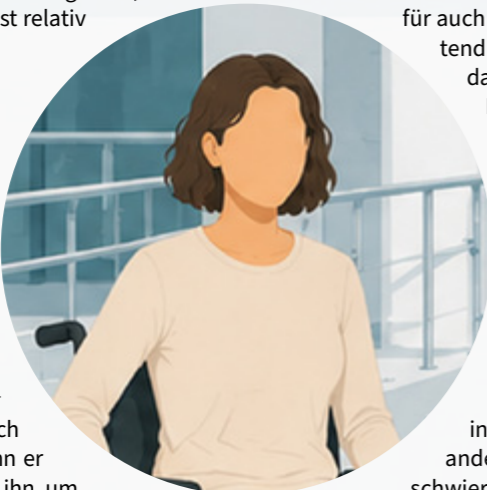
Die Toleranz gegenüber Medizinstudierenden und Ärzt:innen mit Behinderungen sei größer geworden, schätzt er die Situation ein. Dennoch merkt er an: „Es bleibt der Punkt: Kann derjenige das, wofür er ausgebildet wird, später auch tatsächlich ausüben? Das Medizinstudium ist lang, es werden viele Ressourcen investiert.“ Er plädiert dafür, die eigenen Grenzen realistisch und vor allem frühzeitig einzuschätzen. Inklusion in der Medizin sei nur bis zu einem gewissen Grad möglich – wenn man im Rollstuhl die Patient:innen nicht untersuchen könne, sei man für bestimmte Facharzttrichtungen eben nicht geeignet. „Es gibt viele theoretische Bereiche in der Medizin, in der Radiologie, im Labor. Und auf der anderen Seite gibt es die Unfallchirurgen – und vieles dazwischen. Man muss sich angucken, was funktionieren kann und sinnvoll für einen ist. Und ich glaube, das ist auch der Kernpunkt, warum ich selbst relativ wenig Probleme hatte“, sagt Semler.



Prof. Dr. Oliver Semler

Potenzial für Veränderungen ist vorhanden

Er hatte frühzeitig entschieden, in der Pädiatrie tätig zu werden. „Das war etwas, wo jeder sagte: ‚Das wird er hinkriegen.‘ Unter dieser Prämisse hat man mir auch Möglichkeiten geschaffen, dieses Ziel zu erreichen.“ Als Gegenbeispiel führt er das ärztliche Aufgabenfeld in der Neurologie an: In seiner Ausbildung musste Semler beim Praktikum in der Neurologie den Gleichgewichtstest durchführen. Der Test selbst war kein Problem. „Nur hätte ich den Patienten nicht auffangen können, wenn er umgefallen wäre.“ Eine Schwester begleitete ihn, um im Fall der Fälle für ihn einzuspringen. „Wenn ich gesagt hätte, ich möchte in der Neurologie arbeiten, ohne diesen



Medizinstudentin Johanna Kehr

wesentlichen Test durchführen zu können, hätte mir das mein Leben sehr erschwert“, erzählt er. „Jemand, der kleinwüchsig ist, eignet sich eben nicht dafür, große, schwere Leute aufzufangen. So wie sich vielleicht jemand der stottert, nicht als Psychologe eignet. Oder jemand, der eine feinmotorische Störung hat, sich vielleicht nicht als Chirurg qualifizieren kann.“ Das sei für ihn im Moment auch die Krux an der medizinischen Ausbildung: Das System ermögliche lediglich eine Komplett-Approbation, in der man sich später seine Fachrichtung aussuchen könne. Nicht aber eine spezialisierte Ausbildung für einzelne Fächer, für die man trotz einer Behinderung geeignet sei.

Er selbst benötigt keine Unterstützung oder Hilfsmittel in seinem Arbeitsalltag. Semler sieht trotzdem Potenzial, bestehende Rahmenbedingungen so zu verändern, dass Ärzt:innen mit Behinderungen ihren Beruf bestmöglich ausüben können: durch eine gewisse Anpassung der akuten Arbeitsbelastung an die jeweilige Erkrankung, beispielsweise über die Arbeitszeit oder Arbeitsabläufe. „Bei manchen Erkrankungen ist es ein Problem, dass man zwar die Stundenzahl zumindest im öffentlichen Dienst reduzieren und anpassen kann, trotzdem bleibt die Arbeitsdichte pro Stunde gleich. Es gibt durchaus Erkrankungen, wo es positiv wäre, mehr

Zeit für die Patienten einzuplanen. Vielleicht, weil jemand aufgrund einer feinmotorischen Störung nicht so schnell schreiben kann.“ Während es zum Beispiel beim Abitur in diesem Fall einen Nachteilsausgleich gebe, gelte das für das Mitschreiben während der Sprechstunde nicht.

Vorbehalte oder Skepsis gegenüber seiner Leistung als Arzt aufgrund seiner Erkrankung hat Semler bislang selten erlebt. Interessant findet er, wie Eltern auf ihn als behandelnden Arzt reagieren: meist zunächst verunsichert und ratlos. Ganz anders als Kinder, die ihm unbefangenen begegneten. „Dass es viele gibt, die mich nicht einordnen können und vielleicht nicht wissen, wie sie mit mir umgehen sollen, ist im medizinischen Bereich letztlich genauso wie in allen anderen gesellschaftlichen Bereichen.“ Nur einmal ist Oliver Semler tatsächlich an Grenzen gestoßen. Man verwehrte ihm zunächst die Spezialisierung zum Kinderarzt, weil dafür auch der Einsatz auf der Intensivstation verpflichtend war. „Diese Klinik sah sich nicht in der Lage, dafür eine Lösung zu finden. In einer anderen Klinik war es dann möglich, dass ich nachts nicht allein auf der Intensivstation eingeteilt wurde.“

Medizinstudierende mit Behinderung brauchen Vernetzung

Für die Medizinstudentin Johanna Kehr, die nicht mit ihrem richtigen Namen genannt werden will, ist solch eine Situation etwas, das sie sehr ambivalent sieht. „Auf der einen Seite ist es gut, wenn man individuelle Regelungen finden kann. Auf der anderen Sache macht es die Sache aber auch schwierig, weil man sich ohne Absprachen auf nichts verlassen kann, immer darauf hoffen muss, dass einem die Verantwortlichen wohlgesonnen sind. Man ist in vielem

so abhängig von Einzelfallentscheidungen – von einzelnen Dozierenden, Chefärzten, Mitarbeitenden im Landesprüfungsamt“, sagt die Medizinstudentin. 2018 hat die heute 27-Jährige ihr Studium begonnen und war als Rollstuhlfahrerin allein an ihrer Universität unterwegs. „Es kann doch nicht sein, dass ich die einzige Person bin mit Behinderung, die Medizin studiert“, dachte sie sich.

Sich allein in der neuen Umgebung zurechtzufinden, dabei auf Hürden zu stoßen, ohne sich mit anderen austauschen zu können, denen es ebenso ergeht, trübte den Unistart für sie etwas. Später stellte sich heraus, dass weitere Medizinstudierende an anderen Universitäten ähnlich dachten. Der Zufall half dabei, sich miteinander zu verbinden: Eine Behindertenbeauftragte einer Universität hatte im Gespräch erwähnt, dass an einem anderen Standort ebenfalls jemand mit Behinderung studierte. Der Kontakt wurde hergestellt und am Ende entstand die Idee einer bundesweiten Vernetzung von Medizinstudierenden. Mit „Nemo“ wurde vor gut fünf Jahren von mehreren Personen schließlich das Netzwerk für

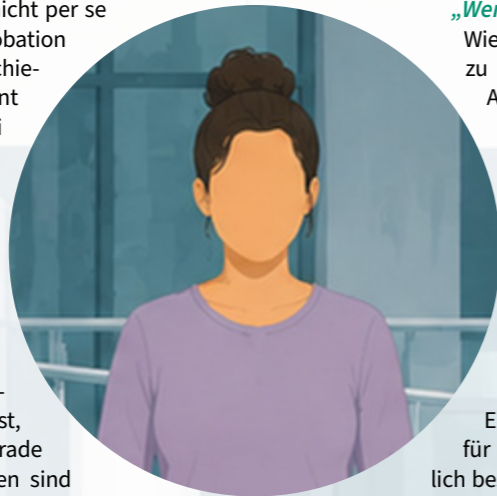
Medizinstudierende mit Behinderung und chronischer Erkrankung gegründet, als Projekt der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). „Die Intention war, dass nicht jeder das Rad neu erfinden muss. Wenn einer ein Problem hat, hat ein anderer vielleicht dafür schon eine Lösung gefunden“, erzählt die Studentin Johanna Kehr.

Behinderung ist kein Ausschlusskriterium mehr für die Approbation

Mittlerweile tauschen sich Medizinstudierende aus ganz Deutschland miteinander aus, sogar aus dem deutschsprachigen Ausland suchen Kommiliton:innen Rat. Ebenso ist das Netzwerk Anlaufstelle für Studieninteressierte, Fachschaften und Behindertenbeauftragte. „Das Netzwerk füllt schon eine Lücke, weil es in diesem Bereich wenig Angebote gibt“, sagt Kehr. Zentrales Thema, das bei Nemo immer wieder zur Sprache kommt, ist die Sorge, ob man nach dem Studium überhaupt als Mediziner:in tätig werden darf. Zwar wurde 2002 die Approbationsordnung reformiert, die ein Jahr später in Kraft getre-

„Die Intention war, dass nicht jeder das Rad neu erfinden muss. Wenn einer ein Problem hat, hat ein anderer vielleicht dafür schon eine Lösung gefunden“

ten ist. Eine Behinderung stellt seitdem nicht per se ein Ausschlusskriterium für eine Approbation dar. Nach welchen Kriterien jedoch entschieden werde, ob eine Approbation abgelehnt wird, welche Rolle ärztliche Gutachten bei der Entscheidungsfindung tatsächlich spielten, bliebe vielen unklar. „Es gibt nur wenige Anlaufstellen, die zu Fragen in Bezug auf und bei Schwierigkeiten mit dem Landesprüfungsamt beraten. Das Landesprüfungsamt ist für viele so etwas wie eine Blackbox“, meint Kehr. Auch über die Anwesenheitspflicht in den Seminaren, die je nach Art der Behinderung unterschiedlich gut zu erfüllen ist, wird im Netzwerk häufig diskutiert. „Gerade im Bereich der chronischen Erkrankungen sind die geforderten 85 Prozent durchaus herausfordernd für die eine oder andere Person. Und dann ist da immer die Frage, wie man das mit der Uni organisieren kann, welche Regelungen es geben könnte“, erzählt Paula Hohmann. Wie auch Johanna Kehr heißt sie eigentlich anders. Dass sie sich nur trauen, anonym über ihre Erfahrungen und den Austausch im Nemo-Netzwerk zu berichten, sagt auch einiges über das Gesundheitssystem aus: Beide befürchten andernfalls berufliche Nachteile.



Medizinstudentin
Paula Hohmann

„Wenn man will, findet sich immer ein Weg“

Wie erfolgreich man damit ist, eine Lösung zu finden, ist abhängig von den jeweiligen Ansprechpartner:innen. „Es gibt Dozent:innen, die sind verständnisvoll. Andere sind inhaltlich überfordert und wissen nicht, ob sie überhaupt eine Entscheidung treffen dürfen. Und dann gibt es noch die – zum Glück verhältnismäßig selten – die davon gar nichts hören möchten und mit Sprüchen wie ‚Studieren Sie doch etwas anderes‘ kommen“, sagt Hohmann. Die 29-Jährige kann mit solchen Aussagen wenig anfangen: „Aus meiner Sicht gibt es keine Beeinträchtigung oder chronische Erkrankung, die eine generelle Kontraindikation für das Medizinstudium darstellen würde. Natürlich bestehen im Sinne der gesundheitlichen Eignung juristische Grenzen des Arztberufs, zum Beispiel bei einer schweren psychotischen Erkrankung oder bei Abhängigkeitserkrankungen. Aber das trifft ja im Wesentlichen nicht zu, wenn wir über Medizinstudierende mit Behinderungen sprechen.“ Diese hätten häufig Sinnes- und Mobilitätsbeeinträchtigungen, chronische Erkrankungen wie chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Diabetes mellitus oder vermehrt auch ME/CFS. „Ich glaube zwar, dass unser System nicht besonders gut darin ist, für Betroffene eine Nische zu bieten. Aber wenn man will, findet sich eigentlich immer ein Weg. Man muss nur manchmal einfach den längeren Atem haben und die richtigen Menschen treffen“, sagt Hohmann. Für sie liegt das auch am Bild von Ärzt:innen, das in der Gesellschaft noch sehr ausgeprägt ist: Sie gelten als jung, gesund, flexibel, ungebunden. „Was man

„ Ich glaube zwar, dass unser System nicht besonders gut darin ist, für Betroffene eine Nische zu bieten. Aber wenn man will, findet sich eigentlich immer ein Weg “

Urteil stärkt Rechte für Approbationsbewerber:innen mit Behinderungen

Im vergangenen November hat das Bundesverwaltungsgericht in einem Urteil entschieden, dass Ärzt:innen mit Behinderungen selbst dann ein Anrecht auf eine Berufserlaubnis haben, wenn sie nicht für alle medizinischen Bereiche gesundheitlich geeignet sind. Als Begründung wurde angeführt, dass die Approbation zwar unbeschränkt gelte, sie aber faktisch nur den Zugang zu geeigneten Fachgebieten eröffne.

Anlass für die jahrelange gerichtliche Auseinandersetzung war der Fall eines Arztes mit Sehbeeinträchtigung in Hamburg. Dieser hatte die ärztliche Prüfung bestanden und die Erteilung der Approbation beantragt. Das Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Hamburg hatte dies abgelehnt, da er aufgrund fehlender visueller Fähigkeiten für den Arztberuf gesundheitlich ungeeignet sei. Ihm wurde stattdessen der Erhalt einer Berufserlaubnis in Aussicht gestellt. Da diese mit Einschränkungen und Nebenbestimmungen einhergeht, klagte der Betroffene. Während das Verwaltungsgericht Hamburg dem Kläger recht gab – er wollte in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie tätig werden und hatte dafür mehrere Sachverständigengutachten, die ihm die Eignung aussprachen –, wies das Oberverwaltungsgericht dagegen die Klage ab. Die Begründung lautete: Die Eignung für nur ein Fachgebiet reiche für eine Approbation nicht aus.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts wiederum stellte fest, dass es keinen Grund gebe, Ärzt:innen mit körperlichen Beeinträchtigungen generell die Approbation zu verweigern. Als Begründung wurde auf das im Grundgesetz verankerte Verbot der Diskriminierung wegen einer Behinderung verwiesen. Zwar eröffne eine Approbation formal den Zugang zu allen ärztlichen Fachbereichen, doch durch weitere berufs- und haftungsrechtliche Regelungen arbeiteten viele Ärzt:innen im Regelfall ohnehin nur in einem bestimmten Fachgebiet. Der Fall liegt nun wieder beim Oberverwaltungsgericht, weil die Eignung des Klägers für das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie geprüft werden soll.

Medizinstudierende mit Behinderungen

Die Zahl der Medizinstudierenden mit Behinderungen nimmt zu. In welchem Umfang genau, dazu gibt es keine Zahlen. „Die Studierendenbefragung in Deutschland“ aus dem Jahr 2021 untersuchte die Studienbedingungen und die Zufriedenheit von Studierenden mit einer studienerschwerenden gesundheitlichen Beeinträchtigung. Veröffentlicht wurden die Ergebnisse im Dezember 2023 vom Deutschen Studierendenwerk. Es war die insgesamt dritte bundesweite Befragung, an der mehr als 180 000 Studierende teilnahmen. 30 000 Studierende von ihnen hatten eine studienerschwerende Beeinträchtigung. Das waren rund 16 Prozent aller teilnehmenden Studierenden. Mit Blick auf die vorangegangenen Studien ist damit eine Entwicklung erkennbar: In den Jahren 2011 und 2016 waren es noch acht beziehungsweise elf Prozent. In der aktuellen Studienbefragung gaben 6,6 Prozent der Studierenden mit studienerschwerender Beeinträchtigung Medizin (Human- und Zahnmedizin) und Gesundheitswissenschaften als Studienfach an. In den Jahren 2011 und 2016 waren es vier beziehungsweise fünf Prozent.

aber nicht im Hinterkopf hat ist, dass jeder junge, gesunde, hochkarätige Wissenschaftler von heute auf morgen einen Fahrradunfall haben oder krank werden kann.“ Ärzt:innen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen finden im Gesundheitssystem noch nicht überall ihren Platz. Sich nach dem Studium im Beruf bewähren zu können, ist für die Betroffenen in dieser Situation eine große Herausforderung.

Beteiligte müssen sich auf Barrierefreiheit einlassen

Auch das Medizinstudium ist für Menschen mit Behinderungen mit einem hohen Organisationsaufwand verbunden. Weil sich zum Beispiel um Nachteilsausgleiche gekümmert werden muss oder Informationen eingeholt werden müssen, ob Vorlesungsräume barrierefrei sind. Auch im Krankenhaus bestehen in der medizinischen Ausbildung immer noch Hürden. Mit ihrem Rollstuhl konnte Johanna Kehr zum Beispiel in einem Krankenhausaltbau auf einigen

Stationen aufgrund der engen Bauweise nicht ans Krankenbett fahren. Und selbst Neubauten sind nicht durchgängig barrierefrei. Trotz aller Herausforderungen ist sie davon überzeugt, dass Ärzt:innen mit Behinderungen für die Medizin auch ein Gewinn sein können, sie Veränderungen anstoßen können: „Wenn die Beteiligten willens sind und sich auf Barrierefreiheit einlassen, werden Prozesse vielleicht für alle zum Positiven verändert. Oder als Arzt mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung hat man vielleicht auch eine andere Sicht auf die Welt und kann ganz anders mit seinen Patient:innen umgehen.“ Paula Hohmann und Johanna Kehr haben trotz aller zusätzlichen Mühen und der Unsicherheit, wie ihr beruflicher Weg sich weiterentwickeln wird, die Entscheidung für das Medizinstudium nie bereut. „Ich gehe jeden Morgen mit einem Lächeln zur Arbeit“, sagt Hohmann kurz und bündig. „Ich liebe meinen Beruf!“ Mehr Worte braucht es auch nicht, um dem Gesagten Nachdruck zu verleihen. Das Strahlen in ihrem Gesicht spricht Bände.



Angst auf allen Seiten

Wer eine Behinderung hat, hat es im Gesundheitssystem schwer. Dabei kann sich vieles zum Positiven ändern, wenn Sektorengrenzen fallen und der politische Wille da ist

Zu einer Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes hat es bereits in den vergangenen Legislaturperioden immer wieder Anläufe gegeben. Der Handlungsbedarf steht sowohl für die Politik als auch für die Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitssystem außer Frage. Nun hat die schwarz-rote Bundesregierung im April 2026 einen „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ auf den Weg gebracht. Zentrales Ziel sei eine „bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Notfallversorgung, die sektorenübergreifend unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten organisiert wird“. Das Reformvorhaben musste sich bereits heftiger Kritik aussetzen.



insbesondere mit intellektuellen Beeinträchtigungen, haben große Schwierigkeiten, eine reguläre medizinische Versorgung zu erhalten“, sagt Sappok. Diese Patient:innengruppe hat Behandlungsbedarfe, die im Gesundheitssystem finanziell und strukturell nicht vorgehalten werden. Etwa ein Prozent der Bevölkerung hat eine Intelligenzminderung, eine chronische kognitive Beeinträchtigung. Oft gehen diese aufgrund einer genetischen Ursache mit schweren komplexen körperlichen Mehrfachbehinderungen einher. So zeigen Betroffene häufig Epilepsien, motorische Störungen oder andere sensorische Beeinträchtigungen. Ungefähr noch einmal so viele Menschen haben in Deutschland eine erworbene Form der kognitiven Beeinträchtigung, zum Beispiel als Folge eines Unfalls.

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Leitlinien sind erforderlich

Ihre Behandlung erfordert mehr Zeit, auch weil die Betroffenen ihre Symptome selbst nicht so gut bis gar nicht beschreiben können und bereits bestehende Behinderungen neu auftretende Beschwerden maskieren können. Warum verlieren die Personen Gewicht, bewegen sich anders als sonst oder zeigen eine Verschlechterung des Allgemeinzustands? Es braucht die koordinierte Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen und Berufsgruppen, auch über Sektorengrenzen hinweg, um diese Fragen klären zu können. Ebenso ist mehr Wissen zur Kommunikation mit diesem Personenkreis und zu seltenen Erkrankungen nötig. „In den gesamten Ausbildungswegen sind die spezifischen Bedarfe und Handlungsoptionen für Menschen mit Behinderung nicht vorgesehen. Das führt dann zu Angst auf allen Seiten“, erklärt Sappok. Die Patient:innen hätten Angst – vor dem Krankenhaus, vor dem weißen Kittel und vor der Untersuchung. Weil das fremde Umfeld sie überfordert, sie die Situation nicht verstehen oder im Vorfeld bereits schlechte Erfahrungen im Versorgungskontext gemacht haben und traumatisiert sind. Ärzt:innen wiederum hätten Angst, weil ihnen die Basiskenntnisse im Umgang mit Menschen mit kognitiven oder komplexen Behinderungen fehlen. „Bei diesen Patient:innen kann oft keine reguläre Anamnese erhoben werden, und auch die körperliche Untersuchung ist den spezifischen Bedarfen anzupassen. Dadurch fehlen viele Informationen, die man als Arzt und Ärztin benötigt, um sich in seinem ärztlichen Tun sicher zu fühlen“, beschreibt Tanja Sappok die Herausforderungen. Erschwerend kommt hinzu, dass es für

Haltung – für Prof. Dr. Tanja Sappok ist das eine Grundvoraussetzung, um die Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu verbessern. „Nicht die Patient:innen müssen sich unserem Gesundheitsangebot anpassen, sondern die Angebote müssen sich den Patient:innen anpassen. Egal, wer kommt und was er oder sie hat“, sagt Sappok. Seit 2023 ist sie Direktorin der Universitätsklinik für Inklusive Medizin am Krankenhaus Mara in Bielefeld. Als in Deutschland erste Professorin für Medizin für Menschen mit Behinderung, mit dem Schwerpunkt Psychische Gesundheit, lehrt sie an der Fakultät für Medizin der Universität Bielefeld. Ihr Anspruch ist es, eine Behandlung für alle Patient:innen nach ihren individuellen Bedürfnissen zu ermöglichen – und diese nicht mit der Aussage „Der Patient beziehungsweise die Patientin ist nicht behandlungsfähig“ abubrechen.

Sie beschreibt damit ein Ideal, das im deutschen Gesundheitssystem nicht der Regelfall ist. „Aus meiner Sicht ist unser Gesundheitssystem alles andere als inklusiv. Menschen mit Behinderungen,

zahlreiche Krankheitsbilder keine evidenzbasierten Leitlinien für die Behandlung von Menschen mit Behinderungen gibt.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes wird an der Universität Bielefeld deshalb ein Curriculum für Inklusive Medizin entwickelt, mit dem Ziel, Medizinstudierende auf alles Wesentliche in der Behandlung von Menschen mit Behinderungen vorzubereiten. Zwar wurden bereits einige Inhalte zur Medizin für Menschen mit intellektueller oder mehrfacher Behinderung als Lernziel im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin verankert, doch nach Einschätzung von Sappok nicht in der notwendigen Vollständigkeit.

Versorgung als medizinische Einheit stößt an Grenzen

Im Krankenhaus Mara werden Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ganzheitlich medizinisch behandelt. Es gibt in Deutschland nur wenige Kliniken, die sich auf die stationäre Behandlung von Menschen mit kognitiven und komplexen Behinderungen spezialisiert haben. Als Universitätsklinik ist das Angebot in Bielefeld bislang einzigartig. Sappok nennt es ein Modellprojekt, das aufgebaut wird. Patient:innen werden hier internistisch, chirurgisch und psychiatrisch innerhalb einer Abteilung primärversorgt, weitere Fachdisziplinen werden bedarfsweise hinzugezogen. Auch wenn die Versorgung als medizinische Einheit gedacht wird, stößt das Prinzip strukturell an seine Grenzen. „Wir sind durch die Bundesgesetzgebung gezwungen, diese psychiatrischen und so-



Prof. Dr. Tanja Sappok

matischen Organisationseinheiten zu separieren. Es sind unterschiedliche Abrechnungssysteme, Qualitätsanforderungen und Strukturvorgaben, die eingehalten werden müssen“, erklärt Sappok. Um das zu überwinden, bräuchte es eine eigene Leistungsgruppe Inklusive Medizin – vergleichbar mit der Leistungsgruppe Geriatrie, die sich nicht an Krankheitsbildern, sondern an bestimmten Personengruppen und ihre spezifischen Bedarfe orientiert.

„Wir versuchen, hier einen Rahmen zu schaffen, in dem eine Behandlung auch möglich ist – für den Patienten beziehungsweise die Patientin, für uns und alle anderen Patientinnen und Patienten“, beschreibt sie den Alltag im Krankenhaus Mara.

Dafür ist es jedoch am Anfang oft nötig, Patient:innen Mut zu machen, sich überhaupt auf eine ärztliche Behandlung einzulassen. Weil die aktuellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems wenig Raum und Wissen für die Behandlung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung bieten, kommt es zu Überforderungen auf beiden Seiten. Betroffene haben vielleicht Schmerzen, sind unsicher in der neuen Umgebung mit fremden Menschen und lauten Geräuschen. Weil darauf nicht adäquat eingegangen wird oder Symptome fehlinterpretiert werden, können Untersuchungen aufgrund herausfordernden Verhaltens immer wieder nicht durchgeführt werden. „Wir sind gefordert, Angst abzubauen“, sagt Sappok. Das gehöre in Mara zur Tagesordnung. „Wir haben immer wieder Patientinnen und Patienten, die

Inklusive Medizin von Prof. Dr. Tanja Sappok: Definition

Inklusive Medizin lässt sich als ein fachübergreifendes Gebiet innerhalb von Forschung und Versorgung beschreiben, das bestehende medizinische Disziplinen miteinander verknüpft und über deren Grenzen hinauswirkt. Im Mittelpunkt steht dabei nicht die Diagnose, sondern der konkrete Unterstützungsbedarf von Menschen mit intellektuellen oder komplexen Beeinträchtigungen.

Adressiert wird eine Gruppe, die durch einen besonders hohen Bedarf an Unterstützung, ausgeprägte kommunikative Einschränkungen sowie vielschichtige Anforderungen an die Versorgung gekennzeichnet ist. Im bestehenden Gesundheitssystem stößt sie häufig auf strukturelle Hürden und Verständigungsprobleme, die sich mit rein fachspezifischen Herangehensweisen nicht angemessen bewältigen lassen.

Das Feld ist eng mit unterschiedlichen Disziplinen vernetzt, darunter medizinische Fachgebiete ebenso wie Gesundheitswissenschaften, Psychologie, Pädagogik, Rehabilitation sowie Rechts-, Sozial- und Ethikwissenschaften. Inklusive Medizin ist damit grundlegend interdisziplinär angelegt, integriert verschiedene Berufsgruppen und überschreitet Versorgungssektoren. Sie verbindet medizinische Behandlung mit Fragen der Pflege und gesellschaftlichen Teilhabe.

Zugleich verfolgt sie das Ziel, die Versorgung dieser Personengruppe sowohl durch spezialisierte Strukturen als auch durch eine qualitative Weiterentwicklung der Regelversorgung zu verbessern und langfristig fest im Gesundheitssystem zu etablieren.



Aus meiner Sicht ist unser Gesundheitssystem alles andere als inklusiv. Menschen mit Behinderungen, insbesondere mit intellektuellen Beeinträchtigungen, haben große Schwierigkeiten, eine reguläre medizinische Versorgung zu erhalten



Inklusive Medizin

Beim Begriff inklusives Gesundheitswesen besteht momentan noch eine gewisse Unschärfe. Inklusion hat die Gleichberechtigung aller Menschen in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens im Blick. Das heißt, es soll verhindert werden, dass Menschen zum Beispiel aufgrund ihrer Behinderung, ihres Alters, ihrer Herkunft, der sozialen Schicht oder ihres Geschlechts diskriminiert oder ausgeschlossen werden. In dieser Lesart bedeutet ein inklusives Gesundheitswesen, dass Menschen unabhängig jeglicher Zuschreibung von bestimmten Merkmalen Zugang zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung erhalten. Das bedeutet, von einem barrierefreien Gesundheitswesen profitieren viele: Eine Praxis, die nicht ausschließlich über Treppen erreichbar ist, nützt auch der Familie mit dem Kinderwagen oder älteren Menschen mit Rollator. Informationen in Leichter oder Einfacher Sprache helfen ebenso Menschen mit eingeschränkten Sprach- oder Lesekenntnissen. Inklusive Medizin hingegen ist eine recht neue Disziplin, die sich in spezialisierten Einrichtungen der medizinischen Behandlung von Menschen mit Behinderungen widmet: Darunter wird verstanden, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ganzheitlich medizinisch behandelt werden. Viele Fachrichtungen und Berufsgruppen arbeiten zusammen, um die bestmögliche Versorgung sicherstellen zu können. Denn Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sind häufig auch von zusätzlichen weiteren körperlichen und psychischen Erkrankungen betroffen und komplexe Krankheitsbilder betreffen mehrere Fachdisziplinen.



Dr. Sabine Lindquist

Foto: Universitätsmedizin Magdeburg

wir erst einmal auf der Parkbank vor dem Krankenhaus behandeln, weil sie es nicht schaffen, zu uns hineinzukommen“, sagt Sappok.

Spezielle Behandlungszentren MZEB sind ein Meilenstein

Während die flächendeckende Optimierung der stationären Versorgung noch auf sich warten lässt, wurden in der ambulanten Versorgung bereits Fortschritte erzielt. Die Zulassung von Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) im Jahr 2015 bezeichnet Sappok als einen Meilenstein in der Versorgungssituation von Menschen mit Behinderungen. Mittlerweile gibt es deutschlandweit – außer im Saarland – gut 60 solcher MZEB, in denen eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Behandlung von Menschen mit Behinderung ermöglicht wird. MZEB sind ein ambulantes Versorgungsangebot für Erwachsene mit intellektueller Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung. Sie koordinieren

Gesundheitsleistungen in Zusammenarbeit mit Therapeut:innen, Fachärzt:innen und Krankenhäusern für eine Patient:innengruppe, die aufgrund ihrer komplexen Beeinträchtigungen momentan in der Regelversorgung schwierig bis gar nicht behandelt werden kann.

Doch der Aufbau einer flächendeckenden MZEB-Versorgung geht seit 2015 nur langsam voran. Bundesweit bestehen keine einheitlichen Regelungen für deren Zulassung, Zugangskriterien und Vergütungsstrukturen. Die Zulassungsprozesse werden als zu komplex, intransparent und langwierig kritisiert. Das sorgt aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft für medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (BAG MZEB) dafür, dass der vorhandene Bedarf dieses ambulanten Angebots nicht gedeckt und die systematische Transition erschwert wird. Im Paragraph 119c im SGB V wird recht offen formuliert, welche Patient:innengruppe in den MZEB behandelt werden darf – das sind Erwachsene, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Von den Zulassungsausschüssen werde dies jedoch häufig umgedeutet in einen Grad der Behinderung von 70 oder größer mit Merkzeichen, erläutert Dr. Sabine Lindquist. Die Fachärztin für Neurologie und Sozialmedizin ist Chefarztin des MZEB des Klinikums Cracau, das zur Universitätsmedizin Magdeburg gehört. Zudem ist sie Vorstandsvorsitzende der BAG MZEB. Fast überall wird der zugangsberechtigte Personenkreis auf bestimmte Diagnosegruppen eingegrenzt.

Bundesweit ergibt sich in der Folge ein sehr heterogenes Bild ohne erkennbare Systematik. Und damit bestehe die Gefahr, dass für Betroffene mit einer komplexen Behinderung trotzdem eine Behandlung im MZEB unterbleiben könnte, falls eine bestehende Diagnose nicht als Zugangskriterium eines MZEB aufgeführt werde. Die Forderung der BAG MZEB lautet daher: Sämtliche über den §119c SGB V hinausgehenden Zugangsbeschränkungen, die derzeit oft in Zulassungsausschüssen festgelegt werden, müssen entfallen. Für den leistungsberechtigten Personenkreis dürfen ausschließlich die Bestimmungen im Gesetz maßgeblich sein.

MZEB müssen flächendeckend umfassend arbeiten dürfen

Eine weitere Hürde sind Fallzahlbegrenzungen. Diese werden teilweise von Zulassungsausschüssen festgelegt, häufig sind sie Bestandteil der Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen. Was allerdings fehlt sind unabhängige Bedarfsanalysen, die zu diesen Fallzahlbegrenzungen führen, merkt Lindquist an. Die aktuellen Begrenzungen liegen durchschnittlich bei etwa 1500 Fällen pro Jahr, können aber pro MZEB-Standort stark variieren – von etwa 300 bis 5000. Das hat Auswirkungen auf die Versorgungsqualität dieser Patient:innengruppe: Bei einigen Standorten bestehen Wartezeiten von bis zu zwölf Monaten. Neben diesen quantitativen Begrenzun-



Menschen mit kognitiven und komplexen Behinderungen

In Deutschland leben etwa ein Prozent der Bevölkerung mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Das sind ungefähr eine halbe bis eine Million Menschen. Gut zwei Drittel dieser Behinderungen sind genetisch bedingt. Viele genetische Syndrome weisen Verhaltensbesonderheiten und spezifische organische Veränderungen beziehungsweise Begleiterkrankungen auf. Bei Personen mit schwerer und schwerster Intelligenzminderung wird davon ausgegangen, dass in nahezu allen Fällen ein klinisch relevantes chronisches Gesundheitsproblem besteht. Der Gesundheitszustand dieser Personengruppe ist also schlechter als der in der Allgemeinbevölkerung. Gleichzeitig stößt sie im Gesundheitssystem auf zahlreiche Barrieren, hat weniger Zugang zu geeigneten Diagnostiken und Therapien. Das spiegelt sich bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen letztlich in einer hohen Zahl an psychischen Gesundheitsproblemen und einer insgesamt deutlich reduzierten Lebenserwartung wider, die als etwa 20 Jahre geringer als bei der Allgemeinbevölkerung eingeschätzt wird. Als eine Ursache gilt, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit haben, sich nicht selbst ausdrücken beziehungsweise Symptome nur über das Verhalten zeigen können. Neu auftretende Verhaltensänderungen können oft auf Schmerzen mit zugrundeliegenden Erkrankungen zurückzuführen sein. Um das aber richtig deuten zu können, ist eine ausreichende Qualifikation von Ärzt:innen erforderlich – und die Rücksprache mit Angehörigen oder Betreuer:innen, die Verschlechterungen des Allgemeinzustand der Betroffenen im Alltag erleben. Wissen zu Syndromen und Komorbiditäten wird nach Aussage von Expert:innen allerdings weder im Medizinstudium noch in der Facharzt-Weiterbildung im ausreichenden Maße vermittelt. Weiterhin bestehen Defizite in den Versorgungsstrukturen: Es existieren derzeit nur wenige Spezialangebote für Menschen mit Behinderung, eine flächendeckende Versorgung ist nicht gegeben. Weil Leitlinien fehlen, ist Erfahrungswissen im medizinischen Versorgungskontext wichtig. Daher nehmen Spezialangebote eine zentrale Rolle ein, da dort eine höhere Zahl an Betroffenen behandelt und mehr Erfahrungswissen erworben werden kann. Die Prävention ist bei Menschen mit Behinderungen ebenfalls als untergeordnet zu betrachten. In einer aktuellen deutschlandweiten Untersuchung wurde festgestellt, dass Krebsscreenings von dieser Personengruppe seltener in Anspruch genommen werden als von Menschen ohne Behinderungen. Das ist auch international der Fall. Neben der Krebsvorsorge wäre es sinnvoll, auch individuelle Vorsorgeuntersuchungen zu entwickeln, sagt Prof. Dr. Tanja Sappok. Denn in Abhängigkeit vom jeweiligen genetischen Syndrom können sich verschiedene Krankheitsbilder entwickeln. So wird beispielsweise das Downsyndrom häufig schon in jüngeren Lebensjahren mit Alzheimererkrankungen assoziiert. Um einen Basiswert zu haben, über den der Abbau von kognitiven Leistungen in der neuropsychologischen Testung nachvollzogen werden kann, wäre eine erste Leistungsdiagnostik bei Menschen mit Downsyndrom mit 30, 40 Jahren wünschenswert. „Auf diese Weise wäre der individuelle Ausgangswert bekannt. Und falls mit 50 Jahren Verhaltensauffälligkeiten auftreten, kann durch eine einzige Untersuchung festgestellt werden, ob es einen kognitiven Abbau gab oder nicht“, erklärt Sappok.



Krebserkrankungen bei Menschen mit einer Intelligenzminderung

Krebserkrankungen zählen bei Menschen mit einer Intelligenzminderung nach Kreislauf- und Atemwegserkrankungen zu den häufigsten Todesursachen. Krebsrisiko und Sterblichkeitsrisiko gelten in dieser Personengruppe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als erhöht. Zum einen können bestimmte genetische Syndrome zu einem erhöhten Risiko zur Tumorentstehung führen, zum anderen behinderungsassoziierte Komorbiditäten und die Lebensweise. Bewegungsmangel und Übergewicht kommen bei Erwachsenen mit kognitiver Beeinträchtigung häufig vor. Außerdem nehmen sie seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Es wird zudem berichtet, dass bei ihnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung Krebserkrankungen später diagnostiziert werden und ihnen häufig weniger Therapieoptionen angeboten werden. Das ist auf einen Mangel an barrierefreien Kliniken und Praxen zurückzuführen. Die Bedarfe der Betroffenen werden in der Regelversorgung schlechter erkannt, unter anderem durch deren eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit. Ebenso kann die Behinderung selbst die Diagnostik erschweren, weil sich zum Beispiel Krankheitsbilder und mit der Behinderung verbundene Einschränkungen nur schwer voneinander unterscheiden lassen. Weil Krebsdiagnosen mitsamt der Klassifikation nicht systematisch erfasst werden, genaue Daten zur onkologischen Versorgungsqualität und zu Bedarfen von Gesundheitsleistungen sowie onkologische Leitlinien fehlen, sind effektive Präventionsstrategien für diese Personengruppe nur schwer zu erarbeiten.

gen erfolgen durch Zulassungsausschüsse noch weitere Einschränkungen, wie eine Strukturbefragung der BAG MZEB aus dem Jahr 2023 ergeben hat: In 18 Fällen wurde die Ermächtigung auf einen definierten regionalen Einzugsbereich eingegrenzt, sechs MZEB gaben an, generell nicht überweisen zu dürfen, andere hingegen nur an bestimmte Fachrichtungen. Drei MZEB durften keine Medikamente verordnen, bei anderen war nur die Erstverordnung möglich. Eine aufsuchende Behandlung war für 28 MZEB erlaubt, allerdings unter bestimmten Voraussetzungen und ohne zusätzliche Finanzierung. Um den aktuellen Stand abbilden zu können, führt die Interessenvertretung für Behandlungszentren und ihre Träger derzeit erneut unter den Mitgliedern eine Strukturabfrage zu den Rahmenbedingungen durch.

Die Funktion der MZEB auf eine reine Lotsen- oder Koordinierungsfunktion ohne Behandlungsbefugnis zu beschränken, sieht Lindquist kritisch. Nach §119c SGB V würden MZEB ganz klar als Behandlungszentren ermächtigt. Dies würde für die niedergelassenen Ärzt:innen die Situation ad absurdum führen: „Das konterkariert natürlich die Arbeitsfähigkeit der MZEB. Wir sind Ärzt:innen, wir behandeln. Und die niedergelassenen Kolleg:innen würden es nicht verstehen, wenn sie Patient:innen ans spezialisierte Zentrum verweisen und ihnen dort eine Blutentnahme oder ein EKG empfohlen wird – sie diese in ihrer Praxis mit den Patient:innen aber aus behinderungsbedingten Gründen nicht durchführen können.“ Dort, wo MZEB umfassend arbeiten dürften, würden sie als sehr wirksam empfunden. Am MZEB in Magdeburg sieht Lindquist, welche positive Wirkung das auf die Behandlung hat: „Uns wird von Angehörigen und Betreuer:innen oft gesagt, wie froh sie sind, dass eine Untersuchung endlich möglich ist. Zum Beispiel, dass eine Blutentnahme, die zehn Jahre lang nicht durchgeführt werden konnte, hier mit Zeit und dem richtigen Setting dann klappt.“

MZEB ersetzen nicht den Hausarzt

„MZEBs nehmen dem Regelversorgungssystem die Komplexität ab“, sagt Lindquist. Dort werden zum Beispiel interdisziplinär Fälle bearbeitet, die für einen einzelnen Neurologen oder Orthopäden kaum zu bewältigen sind. Sie nennt als Beispiel die Bearbeitung einer Rollstuhlverordnung. Liegt eine Bewegungsstörung vor, wird ein Rollstuhl benötigt, der die Beeinträchtigung nicht noch verstärkt. „Wir haben die Erfahrung, mit welchen Modellen wir dem entgegenwirken können. Das sind hochindividuelle Anpassungsprozesse“, erklärt Lindquist. Eine Konkurrenz zur Regelversorgung seien die MZEB nicht. „Wir ersetzen nicht den Hausarzt. Dieser ist weiterhin für die Diagnostik von Husten, Schnupfen und Bauchweh zuständig. Aber wenn er die Bauchschmerzen nicht interpretieren kann, weil sie nicht durch ein Virus verursacht werden, können wir übernehmen“, erklärt Lindquist. Die Symptome von Patient:innen werden dann mit Blick auf das bekannte Syndrom untersucht, das ursächlich für die zugrundeliegende Beeinträchtigung ist. So haben Menschen mit Down-Syndrom zum Beispiel häufiger Gallensteine oder Autoimmunstörungen, so dass bei wiederkehrenden Bauchschmerzen auch eine Zöliakie vorliegen könnte.

MZEB übernehmen zudem eine wichtige Rolle in der Transition, also beim Übergang von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin. Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten werden seit 1968 in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) untersucht und behandelt. 167 dieser Einrichtungen sind bundesweit vorhanden. Auch, wenn nicht alle SPZ-Patient:innen automatisch als Erwachsene ein MZEB aufsuchen müssen – die Kapazitäten für die Behandlung von komplexen Erkrankungen bei Erwachsenen fallen deutlich niedriger aus als bei betroffenen Kindern und Jugendlichen. Versorgungslücken lassen sich so kaum vermeiden. „Patienten fahren bis zu 150 Kilometer, um zu uns zu kommen. Das sehen wir nicht als eine ausreichend gute Versorgung an“, sagt Lindquist. Zugleich kämpfen MZEB mit dem Problem, dass dieses ambulante Spezialangebot unter den niedergelassenen Ärzt:innen offenbar nicht im ausreichenden Maße bekannt ist. Um aber an einem MZEB behandelt zu werden, benötigen Patient:innen die Überweisung ihrer Haus- und Fachärzt:innen.

Erfolgreiche Transition ist wichtig

Damit eine Transition gelingen kann, braucht es idealerweise einen überlappenden Behandlungszeitraum in der Kinder- und Erwachsenenmedizin. Den gibt es momentan nicht: Die Versorgung an den SPZ endet mit dem 18. Lebensjahr, am MZEB werden Patient:innen mit dem 18. Lebensjahr aufgenommen. „Wenn die Transition nicht klappt, kann sich der Gesundheitszustand junger Erwachsener mit chronischen Erkrankungen und schweren Behinderungen schnell drastisch verschlechtern. So nahmen wir einen 20-jährigen Patienten mit Muskeldystrophie Duchenne auf, der ab dem 18. Lebensjahr nicht mehr interdisziplinär versorgt war. Seine Sitzhaltung hatte sich massiv verschlechtert, seine schwerste Skoliose war nun kaum mehr operabel, die Heimbeatmung musste angepasst werden. Solche Verläufe müssen durch einen guten Transitionsprozess vermieden werden“, so Lindquist. Es ist ein umfangreicher Prozess, bei dem es unter anderem um die veränderte Zulassung von Medikamenten geht, die in der Erwachsenen-

medizin nicht mehr verschrieben werden dürfen. Genauso bestehen wechselnde Zuständigkeiten der Fachärzt:innen. „Wenn ein Kinderarzt sagt, ich darf bis zum 21. Lebensjahr behandeln, dann ist das beim Gastroenterologen nicht unbedingt der Fall“, erläutert Lindquist. Die MZEB könnten auf ein Netzwerk von Spezialist:innen in der Erwachsenenmedizin zurückgreifen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor, und so die medizinische Versorgung ohne Brüche gewährleisten – wenn es denn die strukturellen Rahmenbedingungen dafür gäbe. Es muss ein Umdenken stattfinden, um die aktuelle Situation zu verbessern, betont auch Prof. Dr. Tanja Sappok: „Wenn es wie bisher weiterläuft, dann ist es eine Frage von Jahrzehnten, bis sich etwas ändern wird. Es bedarf eines erklärten politischen Willens, diese vergessene Patientengruppe sichtbar werden zu lassen und sich dafür einzusetzen, dass entsprechende Strukturen entwickelt werden.“

Inklusive Kommunikation

Eine Inklusive Kommunikation ermöglicht es allen Patient:innen, unabhängig von kognitiven, sprachlichen, sensorischen oder sozialen Voraussetzungen, verständlich und ohne Diskriminierung teilhaben zu können. Im medizinischen Alltag fehlt bislang die Zeit oder das Wissen, um diese Art der Kommunikation anzuwenden. An der Universität Bielefeld wurde daher ein Leitfaden zur inklusiven Kommunikation in der Medizin erarbeitet und 2025 veröffentlicht. Darin werden Grundlagen für Gesprächsführung, Strategien und Einfache Sprache vorgestellt. Grundsätzlich gilt, die Patient:innen und ihre Emotionen genau wie ihre Sorgen ernst zu nehmen, ihnen ausreichend Zeit zu geben, um die Informationen verarbeiten und Fragen stellen zu können sowie Blickkontakt mit ihnen zu halten. Die im Leitfaden vorgestellten Methoden sollen sich ohne großen Aufwand in den Alltag integrieren lassen. Unter anderem sind das:

Einfache Sprache: Die Einfache Sprache zeichnet sich durch eine klare Struktur, kurze Sätze und aktive Formulierungen aus. Ziel ist es, Informationen möglichst einfach und verständlich zu vermitteln. Sie folgt allgemeinen Verständlichkeitsprinzipien. In medizinischen Gesprächen hat sie sich bewährt, weil dadurch Unsicherheiten abgebaut und die Selbstbestimmung der Patient:innen gestärkt werden können. Es gilt ein Grundsatz: Je stärker die kognitive Beeinträchtigung, desto kürzer und einfacher sollten die Sätze sein. Im Gegensatz dazu ist Leichte Sprache eine regelorientierte, geprüfte Variante des Deutschen mit klar definierten Regeln. Dazu zählen unter anderem kurze Sätze, eine Information pro Satz und die Vermeidung von Fremd- und Fachwörtern. Leichte Sprache wird vor allem für verbindliche Dokumente oder Formulare verwendet.

Teach-Back-Methode: Um zu überprüfen, ob Patient:innen die Informationen verstanden haben, eignet sich diese Technik. Studien haben gezeigt, dass durch die Anwendung der Teach-Back-Methode Behandlungsfehler reduziert werden können und die Therapietreue der Patient:innen steigt. Dabei wird Wert darauf gelegt, dass respektvoll miteinander kommuniziert wird und keine bloße Abfragesituation entsteht, die Patient:innen überfordern kann. Als Beispielformulierung wird im Leitfaden angegeben: „Ich möchte sicherstellen, dass ich alles gut erklärt haben. Können Sie mir noch mal sagen, was jetzt der nächste Schritt ist?“ Werden Unklarheiten festgestellt, sollte der Punkt noch einmal besprochen werden.

Auf dem Weg zur inklusiven Versorgung

Barrierefreiheit ist keine Charity

Eine flächendeckende inklusive Gesundheitsversorgung – das ist langfristig das Ziel, das sich Deutschland gesetzt hat. Seit die UN-Behindertenrechtskonvention vor 17 Jahren in Kraft getreten ist, hat sich zwar einiges getan, doch es gibt immer noch Defizite in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Ein Überblick über den Stand der Dinge.



„Menschen mit Behinderungen werden im deutschen Gesundheitssystem systematisch benachteiligt“, startet Jürgen Dusel direkt ins Gespräch. Unbequeme Wahrheiten hält er nicht zurück. Seit 2018 ist der Jurist der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. Rund 13 Millionen Menschen sind es, die in Deutschland mit einer Beeinträchtigung leben. Nur drei Prozent von ihnen werden mit einer Behinderung geboren, der Großteil hingegen erwirbt sie im Laufe des Lebens, durch Krankheit oder Unfälle. Obwohl diese Personengruppe sehr heterogen ist, eint sie eins: Sie hat nicht den gleichen Zugang zur medizinischen Versorgung wie Menschen ohne Behinderungen. Die freie Arztwahl ist eingeschränkt, eine wohnortnahe Versorgung ist häufig nicht gegeben. „Beim Zugang zum Gesundheitssystem geht es um ein absolut fundamentales, zentrales Recht. Das hat nichts mit Charity zu tun“, meint Dusel und wünscht sich dafür auch mehr Bewusstsein von Ärzt:innen. Denn letztlich sei eine Ursache für die aktuelle Lage, dass nur ein Bruchteil der Arztpraxen barrierefrei sei. „Das ist nicht nur unfair, sondern ist auch aus rechtlichen Gründen nicht haltbar. Erstens wegen der UN-Behindertenrechtskonvention. Zweitens, weil die Menschen mit Behinderungen im gleichen Maße wie alle anderen in die GKV einzahlen, aber nicht die gleichen Leistungen erhalten“, sagt Dusel.

Seit 2009 gilt in Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Damit besteht die Pflicht, eine flächendeckende inklusive Gesundheitsversorgung aufzubauen. In Artikel 25 heißt es dazu, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie andere Menschen haben. Die Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention überwacht als unabhängige Stelle die Umsetzung der UN-BRK. Regelmäßig wird festgestellt, dass die Ziele noch längst nicht erreicht sind und in Bezug auf die fachärztliche Versorgung zum Teil eklatante Defizite

Gehörlose Patient:innen

Die Verständigung zwischen gehörlosen und hörenden Menschen trifft auf viele Kommunikationsbarrieren. Begründet sind diese durch fehlendes Wissen der hörenden Bevölkerung. Vor allem im Gesundheitswesen kann das zu einer Benachteiligung von gehörlosen Patient:innen führen. In Deutschland sind etwa 235 000 Menschen gehörlos oder schwerhörig. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass die Kommunikation zwischen Betroffenen und Ärzt:innen als unzureichend bewertet wird. Kommunikationsprobleme und eine unzureichende Verfügbarkeit von Gebärdensprachdolmetschenden werden als Hauptursachen genannt. Viele Betroffene berichten von einer geringen Zufriedenheit mit der aktuellen Gesundheitsversorgung und dass aufgrund bestehender Barrieren bereits Arztbesuche aufgeschoben oder vermieden wurden. Es besteht ein hoher Grad an Unwissenheit im Umgang mit Gehörlosen. Das Lippenlesen kann zum Beispiel nicht als Fähigkeit bei tauben oder schwerhörigen Patient:innen vorausgesetzt werden. Selbst wenn Betroffene geübt im Lippenlesen sind, werden nur etwa 20 Prozent der Informationen darüber erfasst. Das ist zu wenig, um medizinische Fragen zu klären oder Diagnosen und Therapieoptionen zu verstehen. Informationen alternativ zum Gespräch in schriftlicher Form bereitzustellen, ist ebenfalls unzureichend: Gehörlose kommunizieren in der Regel in Gebärdensprache, die eine eigene Grammatik aufweist und sich von der gesprochenen Sprache unterscheidet. Da sie als Muttersprache wahrgenommen wird, ist geschriebenes Deutsch mit einer Fremdsprache vergleichbar. Das Verständnis der geschriebenen Sprache kann daher bei gehörlosen Personen eingeschränkt sein.

bestehen. Das betrifft zum Beispiel die gynäkologische Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen.

Konsequente Umsetzung des Aktionsplans nötig

Im Februar 2025 fasste die Monitoring-Stelle wesentliche Punkte zusammen, die von der neuen Bundesregierung in Angriff genommen werden sollten, um die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu sichern. Dazu zählte die konsequente Umsetzung des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen. Dieser Aktionsplan wurde im Dezember 2024 vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt. Mit einer Maßnahmenübersicht soll er dazu beitragen, Barrieren – sowohl physische als auch kommunikative – in der medizinischen Versorgung abzubauen. Weitere Forderungen der Monitoring-Stelle waren unter anderem die Verpflichtung der Arztpraxen zu verbindlichen Maßnahmen zum Erreichen von Barrierefreiheit sowie die verpflichtende Aus- und Weiterbildung von Fachkräften des Gesundheitssektors, um vorurteils- und barrierefrei mit Patient:innen mit Behinderungen kommunizieren und umgehen zu können.

Nun sieht auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine inklusive Gesundheitsversorgung als wesentliche Voraussetzung dafür, dass Menschen mit Behinderungen ein selbstbestimmtes Leben führen können. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD wurde deshalb festgehalten, das Gesundheitswesen und die Pflegeversorgung barrierefrei und inklusiv weiterzuentwickeln. Wie dies erreicht werden soll, ist indes noch unklar. Als Grundlage für geeignete Maßnahmen wird lediglich auf den Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen verwie-

sen. Erste Maßnahmen seien in dieser Legislaturperiode bereits umgesetzt worden. Das BMG führt die gesetzliche Beauftragung der Bewertungsausschüsse an. Diese sollen Bewertungsmaßstäbe für die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen regelmäßig daraufhin überprüfen und, soweit erforderlich, anpassen, „damit sie den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Menschen mit Behinderungen angemessen Rechnung tragen“. Auf Nachfrage, welche konkreten Maßnahmen noch für die Umsetzung geplant und ob dafür Zeit- und Finanzierungspläne vorgesehen sind, lautet die Antwort des BMG knapp: „Aktuell wird geprüft, durch welche weiteren Instrumente der Koalitionsvertrag umgesetzt und Defizite bei der Barrierefreiheit im Gesundheitswesen abgebaut werden können.“

Recht auf gleichberechtigten Zugang stärken

Für Dusel ist allein die Tatsache, dass der Aktionsplan erarbeitet worden ist, der Beleg für ein wachsendes Bewusstsein für diese Thematik. Der letzte große Schritt in Richtung Barrierefreiheit fehle ihm jedoch noch. Der Gesetzgeber sei nun gefordert, betont Dusel. Viel zu



Jürgen Dusel

Anzeige

WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT IHRER HYBRID-DRG-ABRECHNUNG?

Als erfahrener Abrechnungspartner rechnet die PVS pria zuverlässig ambulante Eingriffe über Hybrid-DRG ab und bietet einen Rundum-Service ohne Softwarekosten mit Beteiligungsberechnung zu attraktiven Konditionen!



VERGLEICHEN SIE JETZT!

ihre-pvs.de/hybrid-drg



ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN
ihre-pvs.de

lange habe man auf Freiwilligkeit gesetzt und nichts erreicht. Er weist auf die Rechtslage in Österreich. Dort besteht eine Verpflichtung privater Anbieter zur Barrierefreiheit, gekoppelt an einen bestimmten Zeithorizont und bestimmte Anforderungen. Das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz in Österreich schließt auch ärztliche Praxen ein. Bietet zum Beispiel eine Praxis aufgrund baulicher Barrieren keinen oder nur eingeschränkten Zugang, kann das als Diskriminierung gewertet werden und Schadensersatzansprüche nach sich ziehen. Dusel hält diese gesetzliche Regelung auch in Deutschland für notwendig: „Es geht hier um eine pragmatische, vernünftige Lösung, die aber tatsächlich das Recht der Menschen mit Behinderungen zur Gel-

Barrierefreie Arztpraxen

In den meisten Arztpraxen werden Menschen mit Behinderungen mit Barrieren konfrontiert. Um diese Barrieren abzubauen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemeinsam mit Selbsthilfe- und Inklusionsverbänden einen Katalog von 75 Kriterien erarbeitet. Dieser beschreibt die Barrierefreiheit von Praxen für Sehbeeinträchtigungen, Blindheit, Mobilitätseinschränkungen, kognitive Beeinträchtigungen, Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit sowie Taubblindheit/Hör- und Sehbeeinträchtigung. Aufgelistet sind unter anderem ein Behindertenparkplatz, eine ebenerdige Praxis, Stufenmarkierungen, ein barrierefreies WC oder Informationsmaterial in Leichter Sprache. Allerdings sind Arztpraxen nicht verpflichtet, diese Kriterien auch einzuhalten. Das spiegelt sich im Grad der Barrierefreiheit wider: Nach Angaben der KBV wiesen am Stichtag 30. Juni 2025 im ärztlichen Bereich insgesamt 35 889 von 99 756 Praxen mindestens ein Merkmal von Barrierefreiheit auf. Das entspricht 36 Prozent. Bei psychologisch-psychotherapeutischen Praxen waren dies 8 112 von 32 437 Praxen und somit 25 Prozent. Dass Barrierefreiheit nur zögerlich in Praxen umgesetzt wird, führt die KBV nicht auf den mangelnden Willen der Ärzt:innen zurück, sondern auf die komplexe Situation. Die hohe Zahl an Kriterien zeige, dass eine vollständige barrierefreie Praxis unter realen Bedingungen kaum zu erreichen ist. „Aus unserer Sicht ist daher der Begriff Barrierearmut treffender und realistisch“, heißt es aus der Pressestelle. Maßnahmen, die zur Barrierearmut beitragen, könnten allerdings auch nicht immer umgesetzt werden. Weil viele Praxen sich in Bestandsimmobilien befinden, setzen Brandschutz-, Miet- oder Denkmalschutzauflagen einer baulichen Anpassung oft Grenzen. Sind Umbauten realisierbar, ist dies häufig mit erheblichen Kosten verbunden. Eine ausreichende Gegenfinanzierung gibt es dafür jedoch nicht. „Das derzeitige Vergütungssystem berücksichtigt den erhöhten zeitlichen und organisatorischen Aufwand, der bei der Behandlung von Menschen mit Behinderungen entstehen kann, noch nicht ausreichend“, sagt Roland Stahl, KBV-Pressesprecher. Bundesweite Fördermittelprogramme für den Umbau von Praxen hält die KBV für dringend notwendig, etwa nach dem Vorbild eines KfW-Programms. Um die Barrierearmut in der ambulanten Versorgung zu stärken, setzt die KBV auf verschiedene Informations- und Unterstützungsangebote. Zentral ist ebenso die Freiwilligkeit, denn: „Bei der Forderung nach Barrierefreiheit sollte aus Sicht der KBV nicht der Zwang im Vordergrund stehen, sondern das Machbare. Wenn rigide Vorgaben, die nicht einzuhalten sind, dazu führen, dass Praxen schließen, ist niemandem geholfen.“

tung bringt, einen gleichberechtigten Zugang zu haben. Denn wenn man sich die gynäkologische Versorgung von Frauen im Rollstuhl anschaut oder die onkologische Versorgung von Menschen mit kognitiven und komplexen Behinderungen, dann muss man einfach sagen: Die ist nicht nur schlecht, sondern katastrophal.“

In Deutschland steht das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) vor einer Reform. Im Februar hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales einen Gesetzentwurf zur Änderung des BGG vorgelegt. Die Anpassungen werden allerdings von Organisationen und Verbänden als unzureichend bewertet. Zwar werden im Entwurf die Regeln zum Abbau von Barrieren zum ersten Mal im Rahmen des Zumutbaren auch auf private Unternehmen ausgeweitet, dazu zählen auch Arztpraxen, doch sind bauliche Veränderungen und Veränderungen an Waren und Dienstleistungen für sie nicht verpflichtend, weil diese pauschal als „unverhältnismäßige und unbillige Belastungen“ gelten.

Barrierefreiheit hat viele Seiten

„Barrierefreiheit ist ein schillernder Begriff und die meisten glauben, es ist damit getan, wenn eine Rampe vorhanden ist“, sagt Dusel. Er ist selbst von Geburt an stark sehbehindert, hat ein Sehvermögen von etwa einem Prozent. Um seinen Standpunkt zu untermauern, beschreibt er seinen fiktiven Weg in eine neue Arztpraxis: Da ist zunächst die Suche nach der Haustür und der richtigen Klingel, um die Tür öffnen zu können. Hat er das Gebäude betreten, muss er ins Stockwerk gelangen, in dem sich die Praxis befindet. Ist dafür ein Fahrstuhl vorhanden oder muss er Treppen laufen? Ist er in der richtigen Etage angekommen, steht er eventuell vor mehreren Türen. Welche ist nun die zur Arztpraxis? Gut wäre das Vorhandensein eines Leitsystems, um den Weg in die Praxis einfach und selbstständig zu finden. Das ist selten der Fall.

Tatsächlich gibt es unterschiedlichste Barrieren in der Gesundheitsversorgung: bauliche, kommunikative, strukturelle und auch solche, die in der Haltung einzelner Personen begründet sind. Die Auswirkungen können drastisch ausfallen, denn gesundheitliche Probleme werden unter Umständen dadurch nicht rechtzeitig erkannt oder adäquat therapiert. Gerade Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen und Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen gelten als sehr vulnerable Patientengruppen. Erst bei den letzten Special Olympics World Games im Sommer 2023 in Berlin, einer Sportveranstaltung für Menschen mit intellektueller Behinderung, hat sich eine unzureichende Gesundheitsversorgung in der Praxis gezeigt: Ärzt:innen hatten beim Projekt Healthy Athletes ehrenamtlich die teilnehmenden Athlet:innen untersucht. „Die Befunde unserer deutschen Athletinnen und Athleten, die ja in dieser Personengruppe zu den fittesten gehören, empfinde ich als schockierend“, sagt Dusel. Viele hatten unerkannten Diabetes, trugen zu kleine Schuhe, falsche Brillen, hatten nicht diagnostizierten Bluthochdruck, Defizite in der Zahngesundheit.

Mediziner:Innen kennen die Lebensrealitäten zu wenig

Es ist deshalb wichtig, den Begriff Barrierefreiheit mehrdimensional zu betrachten. „Es mag so sein, dass man die Barrierefreiheit im baulichen Raum nicht auf 100 Prozent heben kann. Aber es gibt noch weitere Aspekte, beispielsweise im kommunikativen Bereich. Sei es die Website oder die Kommunikation in der Praxis.“ Es herrsche unter Mediziner:innen eine Wissenslücke über die Lebensrealitäten von Menschen mit Behinderungen. „Das sage nicht nur ich, das hat auch das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung zum Umgang mit der Triage 2021 festgestellt.“ Dadurch bestehe die Gefahr, dass Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen benachteiligt

werden. Das belegt auch die Sonderauswertung des Deutschen Zentrums für Integrations- und Migrationsforschung mit dem Titel „Wie Deutschland Diskriminierung erlebt“. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes hatte sie in Auftrag gegeben, im März wurde die Studie veröffentlicht. Darin wird beschrieben, dass Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen in Deutschland überdurchschnittlich häufig Diskriminierung erleben, vor allem im Gesundheits- und Pflegebereich. Das gaben 26,4 Prozent der Befragten an.

Für Augustin ist es nicht überraschend, dass Menschen mit Behinderungen auch im Gesundheitswesen diskriminiert werden. Die Assistenzärztin hat die ehrenamtliche Leitung für den Bereich Gesundheit des Allgemeinen Behindertenverbandes in Deutschland (ABID) übernommen: „Häufig berichten uns Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen, dass mit ihnen gesprochen werde als hätten sie eine kognitive Beeinträchtigung oder wären nicht gleichwertig. Daran merkt man, dass es Barrieren im Umgang mit Menschen mit Behinderung gibt.“ Auch werden Beeinträchtigungen, die zum Beispiel im Rahmen von psychischen Erkrankungen, Krankheiten mit Fatigue oder Stoffwechselerkrankungen eine Rolle spielen, durch ihre fehlende Sichtbarkeit oft heruntergespielt. „Dass viele Betroffene rückmelden, dass sie sich diskriminiert fühlen, bei Ärzt:innen aber kein Bewusstsein dafür besteht, offenbart eine starke Diskrepanz“, sagt Julia Augustin. Deshalb fordert der ABID gemeinsam mit anderen Verbänden in einem Positionspapier aus dem vergangenen Jahr, das Thema inklusive Medizin bereits im Medizinstudium zu integrieren. Es brauche mehr Wissen über chronische Erkrankungen und Behinderung sowie daraus resultierende sozialrechtliche Fragen und den Umgang mit Betroffenen. Damit Ärzt:innen gut darauf vorbereitet sind, wenn sie zum Beispiel einem gehörlosen Patienten begegnen. „Da besteht aus unserer Sicht sehr viel Lehrbedarf. Es braucht Aufklärung und Sensibilisierung“, so Augustin.



Julia Augustin

Gesundheitssystem muss inklusiver werden

Außerdem wird im Positionspapier unter anderem dafür plädiert, die Inklusion von Patient:innen und Mediziner:innen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung in der Approbationsordnung zu verankern. Augustin selbst hat seit einer Coronavirus-Infektion eine neurologische Erkrankung. Dass es im deutschen Gesundheitssystem schwierig ist, mit einer Beeinträchtigung als Mediziner:in zu arbeiten, bedauert sie.

Auch, weil dadurch Expertise und dringend benötigte Fachkräfte verlorengehen. Teilweise ziehen Ärzt:innen mit Behinderung, die in Deutschland keine Berufserlaubnis erhalten, ins Ausland. „Die Schweiz ist schon weiter mit der inklusiven Medizin – auch, wenn es um betroffene Mediziner:innen geht. Sie dürfen dort ganz normal arbeiten“, erzählt Augustin.

Sie erlebe zudem, dass viele Betroffene sich mehr Sichtbarkeit von Ärzt:innen mit Erkrankung und Behinderung wünschten – weil diese von den Patient:innen als Positivbeispiel wahrgenommen werden. Auch deshalb ist sie gerade dabei, einen Arbeitskreis mit Medizinstudierenden und Mediziner:innen mit Behinderung und chronischer Erkrankung zu gründen. Sie wollen sich an drei Zielgruppen wenden: Die Initiative soll in Zukunft eine Anlaufstelle für betroffene Mediziner:innen sein. Dann wollen sie Arbeitgeber:innen im Gesundheitswesen beraten, wie Arbeitsplatz und Arbeitsabläufe bei bestimmten Arten von Behinderungen angepasst werden können, welche rechtlichen Rahmen es gibt. Und auch die Versorgung von Menschen mit Behinderungen soll im Arbeitskreis thematisiert werden. „Wir haben durch unsere doppelte Perspektive als Mediziner:innen und Betroffene durchaus einen anderen Blick und können Barrieren im Gesundheitswesen unter Umständen anders wahrnehmen“, sagt Augustin. Warum sie das alles macht? Damit das Gesundheitssystem inklusiver wird.

Barrierefreie Krankenhäuser

In Krankenhäusern besteht Entwicklungspotenzial, was die Barrierefreiheit angeht. Zu diesem Ergebnis kommt die Studie „Wie barrierefrei sind deutsche Krankenhäuser? Eine Sekundärdatenanalyse der Strukturierten Qualitätsberichte 2019“, die im April veröffentlicht wurde. 40 Kriterien zur Barrierefreiheit wurden untersucht, im Durchschnitt erfüllten Krankenhäuser davon 17,2. Dabei wurden am häufigsten Maßnahmen umgesetzt, die körperliche Beeinträchtigung betreffen, beispielsweise der Bereich Mobilität (65,7%). Kriterien für den Bereich Sinnesbeeinträchtigungen oder geistige Behinderungen waren im untersuchten Zeitraum deutlich weniger angegeben. Der Bereich Hörbeeinträchtigungen wurde am seltensten in Krankenhäusern berücksichtigt (13,2%). Es waren beispielsweise kaum Kommunikationshilfen oder visuelle Anzeigen in Wartebereichen und Zimmern vorhanden, ebenso wurde nur wenig Informationsmaterial in leicht verständlicher Sprache angeboten. Etwas häufiger wurden Maßnahmen umgesetzt, die Sehbeeinträchtigungen adressierten (25,2%). Dennoch gab es 2019 noch wenig Leitsysteme, kontrastreiche Beschriftungen oder Brailleschrift waren kaum verfügbar und tastbare Gebäudepläne waren die Ausnahme. Die Barrierefreiheit für den Bereich geistige Behinderungen oder Demenz war ebenfalls nur in wenigen Krankenhäusern gegeben (36,5%). „Die Daten der Studie aus dem Jahr 2019 zeigen, dass Barrierefreiheit in deutschen Krankenhäusern bislang selbstverständlich nicht ausreichend erreicht worden ist“, sagt Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Das Thema stehe deshalb weiterhin auf der Tagesordnung. Gleichzeitig verweist Gaß auf die hohe Zahl an Krankenhausbauten, die noch aus dem 19. Jahrhundert stammen. Barrierefreiheit wurde damals noch nicht mitgedacht. In diesen Bestandsbauten gehe es häufig zunächst darum, überhaupt Zugänge zu schaffen und die Erreichbarkeit für Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Um bauliche Maßnahmen vornehmen zu können, sind finanzielle Mittel erforderlich. Gerade das ist mit Blick auf die seit Jahren zu geringen Investitionsmittel der Länder ein Problem. „Umso wichtiger ist es, dass bei Neubauten sowie bei allen baulichen Maßnahmen das Thema Barrierefreiheit von Beginn an mitgedacht und eingeplant wird“, so Gaß. Wann allerdings in der Fläche Bauprojekte umgesetzt werden können, bleibt abzuwarten. Auch, weil „die Krankenhäuser nahezu flächendeckend rote Zahlen schreiben und sich die Defizite weiter verschärfen“.



Dialog entscheidend

Gesetzgebungen machen das Gesundheitswesen zum kranken Patienten

Die schwarz-rote Koalition ist nun ein gutes Jahr im Amt, mittlerweile haben sich die Sorgen, Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) würde keine grundlegenden Reformen angehen, gelöst. Allerdings sind nun, gerade im ärztlichen Bereich auch dunkle Wolken am gesundheitspolitischen Firmament aufgezogen, denn die gesetzgeberischen Vorhaben tangieren in zentralen Bereichen originäre ärztliche Belange.

Der Eindruck, das Sparmantra des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes, des großen Spargesetzes der Regierungskoalition, in Form der Vorgabe einer „einkommensorientierten Ausgabenpolitik“ stehe teilweise eher unter Kostenbetrachtungen denn sachlicher Erwägungen, ist nicht von der Hand zu weisen. Die Stärke des in seiner Grundstruktur, wie auch seinen Verbänden und Organisationen auf Dialog ausgerichteten Gesundheitswesens, machen sich die Verantwortlichen nicht ausreichend zunutze. Das jüngst beschlossene Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz, wie auch manche geplante Regelung der im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Notfallreform, sind Paradebeispiele für die Folgen solcher Politik: Korrektur-Gesetze dürften in nicht allzu ferner Zukunft unumgänglich sein.

Die (Gesetzes-)Liste ist lang

Die Palette der Gesetzgebung und der Gesetzgebungsvorhaben im laufenden Verfahren ab der Stunde „null“ der nun nicht mehr „neuen“ Koalition ist lang: Pflegefachassistenzgesetz, Gesetz zur Änderung des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz, Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, Gesetz zur Änderung der Internationalen Gesundheitsvorschriften, Krankenhausreformenpassungsgesetz, Drittes Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Lebendorganspendereform, Gesetz zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer

Berufsqualifikationen in Heilberufen, Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz, Medizinregistergesetz, GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz, GedIG – Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen, Gesetz zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes und das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung. Nicht zu vergessen die geplante Reform in der Pflegeversicherung sowie zur Primärversorgung mit Schwerpunkt auf einer zu etablierenden Patientensteuerung.

Manches „hängt“, wie die Reform des Medizinal-Cannabisgesetzes, weil die gesundheitspolitischen Vorstellungen innerhalb der Regierungskoalition hier offenbar zu weit auseinanderdriften. Auch die Reform der Notfallversorgung, die ursprünglich parallel zum Krankenhausreformenpassungsgesetz laufen sollte, wurde entgegen den ursprünglichen Plänen in ihrem Abschluss auf den Herbst verschoben. Die mit dieser Reform einhergehende strukturelle Neuaufstellung des Rettungsdienstes führt erwartungsgemäß zu Widerstand in den Ländern, da es hier auch um Fragen der künftigen Finanzierung, insbesondere wegen der Vorhaltungskosten, geht. Ein weiterer Dissens: Auch die geplanten telemedizinischen Angebote sowie aufsuchenden ärztlichen Dienste für immobile Personen sollten nach Auffassung der Bundesärztekammer und anderer ärztlicher Institutionen und Verbände nicht als verpflichtende, rund um die Uhr verfügbare Parallelstrukturen mit hohem Personal- und Infrastrukturaufwand aufgebaut werden. So mahnen bei-

spielsweise Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Hartmannbund unisono und finden derzeit diesbezüglich wenig Gehör im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), ohne allerdings ein Argument zu erhalten, welche Vorzüge mit der Regelung verbunden sein sollen.

Milliardenschwere im Honorarsystem

Beim GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz halten die BÄK wie auch die anderen ärztlichen Institutionen und Verbände die rein fiskalischen Sparmaßnahmen für fatal, da hier eine Ausrichtung der Reform an der medizinischen Qualität fehle. Ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem habe sich an den Bedürfnissen der Patient:innen und nicht an kurzfristigen Haushaltsvorgaben zu orientieren. Strukturelle Probleme wie die steigenden Kosten für moderne Therapien, innovative Diagnostik und den demografischen Wandel (Ruhestand der „Babyboomer“) würden völlig außer Acht gelassen. Es gibt u. a. Einschnitte durch die Streichung von Zuschlägen für die zeitnahe Vergabe von Facharztterminen und offenen Sprechstunden bei den Fachärzt:innen, das Streichen für das Befüllen der elektronischen Patientenakte in den Arztpraxen und eine de-facto-Budgetierung von unlängst entbudgetierten Sektoren wie der hausärztlichen Versorgung. Die Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) in einer KV-Region bildet künftig die tatsächliche Budget-Obergrenze unter der es zu Abschlägen kommen kann, wenn die hausärztlichen Leistungen die Grenze der „Hausarzt-MGV“ überschreiten, auch wenn dies beispielsweise durch eine Infektwelle medizinisch induziert ist. In der „alten Welt“ hätten die Krankenkassen den entsprechenden Sonder-Betrag erstattet. Eine solche Gesetzgebung bildet für die strukturelle Neuaufstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung schon im Vorhinein kontraproduktive Voraussetzungen. Es komme mit dem Gesetz zu milliardenschweren Kürzungen im ärztlichen Honorarsystem, kritisiert die KBV sorgenvoll.

Erhebliche Mehrkosten in den Kliniken

Das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz wird ebenfalls heftig von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in vielen Punkten beanstandet. Eine konsequente Zuordnung versicherungsfremder Leistungen zum Steuerzahler, also der Gesamtgesellschaft fehle.

Diese würden derzeit von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Dieser Punkt wird von allen Akteuren im Gesundheitswesen gleichermaßen heftig kritisiert.

Die Krankenhäuser hätten allein im kommenden Jahr durch das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz über 5 Milliarden Euro Belastung zu tragen, so die DKG. Auch der Eingriff in die Refinanzierung von Tarifsteigerungen für das Klinikpersonal sei hochproblematisch, da Kliniken gezwungen würden, die vertraglich vereinbarten und gestiegenen Löhne der Beschäftigten ohne vollständigen staatlichen Ausgleich zu zahlen.

Die Reform des Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetzes steht in einigen Regelungen im eklatanten Widerspruch zu den angestrebten Reformansätzen. Die Folge dürfte nicht nur zu erheblichen Mehrkosten sondern darüber hinaus zur ungesteuerten Inanspruchnahme von neuen Apothekenleistungen („pharmazeutische Dienstleistungen“ (pDL)) führen, die eigentlich originärer Bestandteil ärztlicher Heilkunde sind. Die Liste der neuen pDL ist lang: sie reicht von erweiterten Impfungen bei Totimpfstoffen über venöse Blutabnahmen, erweiterte Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen) und „patientennahen Schnelltests“ (bspw. auf Norovirus, oder Influenzaviren) bis hin zur Abgabe verschreibungspflichtiger Medikamente ohne Rezept „in Einzelfällen“. „Das gesamte Gesetzeswerk führt zum genauen Gegenteil von evidenzbasierter Medizin, wirtschaftlichem Handeln und der Vermeidung von Doppelstrukturen“, lautet das vernichtende Urteil von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). „Deprofessionalisierung, eine ungesteuerte Leistungsausweitung, zusätzliche Kosten, eine zunehmende Verunsicherung der Patient:innen und damit verbunden ein zusätzlicher Beratungs- und Abklärungsbedarf in den Praxen sind die heftigen Folgewirkungen dieses Gesetzes. Doch an dieser Stelle muss klar gesagt werden: Wenn Politik will, dass sich Patient:innen in Apotheken auf das Abenteuer einer Blutentnahme einlassen oder sich anlasslos testen lassen sollen, dann muss als Konsequenz auch gelten: Bei Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Apotheker oder Ihre Apothekerin.“

Strukturen sinnvoll gestalten!

Die genannten Problematiken ziehen sich ebenfalls durch andere Gesetzgebungen und Gesetzesvorhaben. Die Eingriffsintensität der Gesetzgebungen in die Belange der gemeinsamen Selbstverwaltung wie auch der Selbstverwaltungen im Gesundheitswesen, das Hineinregieren in die Institutionen des Gesundheitswesens bis in die Arztpraxis hinein, die ständig zu- statt abnehmenden Dokumentations- und Bürokratiepflichten für Institutionen und Praxen, gekoppelt mit Sparauflagen, die zu einer Reduktion sinnvoller Leistungen führen, ist ein hochproblematischer Mix, der das Gesundheitswesen an vielen Stellen unnötig zum kranken Patienten macht. Gesetzgebungen, die aus den Sackgassen wieder hinausführen sollen, dürften nicht lange auf sich warten lassen. Vielleicht gelingt doch noch ein Umsteuern in der einen oder anderen Gesetzgebung – die gesundheitspolitisch Verantwortlichen müssten dazu in einen „ehrlichen“ (Dr. Klaus Reinhardt) Austausch mit den Institutionen und Verbänden treten, wie Strukturen sinnvoll gestaltet werden können.

130. Deutscher Ärztetag in Hannover

Klares Signal gegen Sparpolitik zulasten der Versorgung

Das dominierende Thema des 130. Deutschen Ärztetages in Hannover im Mai war eindeutig das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz und dessen Auswirkungen auf die Patientenversorgung. In einem Leitantrag forderte der Vorstand um Bundesärztekammerpräsident Dr. Klaus Reinhardt, gleichzeitig Hartmannbund-Vorsitzender, den Gesetzgeber auf, die geplanten Sparmaßnahmen hinsichtlich ihrer Folgewirkungen für die Patientenversorgung, ihres Zusammenspiels untereinander und der Lastenverteilung auf alle Beteiligten sauber auszutarieren und zu überarbeiten. Der Antrag wurde erwartungsgemäß mit großer Mehrheit und unter Standing Ovations angenommen.

24 weitere Resolutionsanträge wurden zum Spargesetz im Ärzteparlament verabschiedet. Auch der vom Hartmannbund initiierte Antrag Ib-17 „Nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung“ fand breite Unterstützung. Die klare Forderung: „Der Bund muss die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen und insbesondere die Beiträge für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger vollständig übernehmen. Damit wäre das für 2027 festgestellte Defizit von 15 Milliarden Euro zum großen Teil gedeckt und wir hätten die nötige Zeit, die Versorgung im Rahmen von Strukturreformen zu sichern und auszubauen.“ Die Diskussionen und Abstimmungen zeigten vor allem eines: Die Ärzteschaft steht hier wie eine Phalanx zusammen und wehrt sich gegen kurzfristige Kürzungen zu Lasten der Versorgung.

Naturngemäß ging es beim Ärztetag auch um gesellschaftlich hochsensible Themen. Unter dem Tagesordnungspunkt „Suchtmedizin im Wandel“ plädierte zunächst der Bundesdrogenbeauftragte Hendrik Streeck (CDU) für einen besseren Schutz für Kinder und Jugendliche. „Dabei geht es mir nicht um Kulturkampf, sondern um Gesundheitsschutz“, erklärte er. Passend dazu nahm eine Mehrheit der Delegierten einen Antrag zur Aufhebung der Legalisierung von Cannabis und zur Umsetzung von Schutz- und Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche an.

Auch die **Reformen der Akut- und Notfallversorgung** standen auf der Agenda. Der Deutsche Ärztetag mahnte den Gesetzgeber an, die Neuerungen praxistauglich zu gestalten. Der wohl wichtigste Aspekt: Die Entlastung von Fällen, die gar keiner Notfallversorgung bedürfen. Dabei sei es eine Grundvoraussetzung, dass die Zugangswege in die Versorgung verbindlich genutzt würden. Die Mehrheit der Delegierten war sich einig, dass die Patient:innen im Rahmen einer Kampagne darüber aufgeklärt und dazu bewegt werden, sich immer als erstes an eine vernetzte Leitstelle zu wenden.

Deutliche Kritik gab es am Referentenentwurf eines **Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG)**. Wenn Krankenkassen die Möglichkeit erhielten, Diagnosen, Medikation und digitale Behandlungsdaten aus der ePA auszuwerten und ohne vorherige Rückkopplung mit den Behandelnden eigenständig auf die Betroffenen zuzugehen, sei das ein gefährlicher Paradigmenwechsel. Die Identifikation und Einordnung patientenindividueller Risiken dürfe nicht Aufgabe der Krankenkassen sein, sondern sei originär ärztliche Aufgabe.

Ein Moment sorgte am letzten Tag für Fassungslosigkeit: Medizinstudentinnen berichteten von **Grenzüberschreitungen in unterschiedlichen beruflichen Kontexten** – sogar auf dem Ärzte-



Das Thema Suchtmedizin stand beim Ärztetag ganz oben auf der Agenda.

tag selbst. Sie machten deutlich, dass es sich nicht um Einzelfälle, sondern um ein systemisches Problem handelt. Reinhardt betonte, dass Grenzüberschreitungen und sexualisierte Gewalt den Werten des ärztlichen Berufs widersprechen. Die Bundesärztekammer kündigte klare Compliance-Vorgaben und Schutzkonzepte an.

Insgesamt zeigte der diesjährige Deutsche Ärztetag, dass sich die Ärzteschaft ganz nah am Puls der Zeit und ihrer vielfältigen politischen und gesellschaftlichen Krisen befindet. Und dass die Ärzt:innen im ambulanten und stationären Bereich trotz aller Widrigkeiten und zunehmender Belastungen jeden Tag dafür sorgen, die Patient:innen in unserem Land bestmöglich zu versorgen. Damit stabilisieren sie nicht nur das Gesundheitssystem, sondern tragen auch zum gesellschaftlichen Zusammenhalt bei. Wie lange das angesichts der politischen Zumutungen noch in dieser Form durchzuhalten ist, ist hingegen offen. Und so schließt sich der Kreis zur Eröffnungsrede von Reinhardt: „Wer dieses System stabilisieren will, darf es nicht schwächen, sondern muss Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung in ein tragfähiges Gleichgewicht bringen.“

Vertrauenskultur soll etabliert werden

Kommt die „Bürokratie-Task-Force“?

Das Thema Entbürokratisierung ist ein Dauerbrenner im Gesundheitssystem. In der Vergangenheit haben die Akteure bereits wiederholt auf einen ausufernden Bürokratieaufwand für die Beschäftigten insbesondere auch der Ärzteschaft im Gesundheitswesen hingewiesen und Vorschläge für einen Bürokratieabbau unterbreitet. Obwohl das Ziel der Entbürokratisierung sowohl im aktuellen als auch in vergangenen Koalitionsverträgen angeführt war, fehlt es nach wie vor an einer konkreten Umsetzung. Angesichts der bevorstehenden Reformen – unter anderem zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – wird sogar ein weiterer Bürokratieaufwuchs befürchtet. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) signalisiert aktuell, man werde die Entbürokratisierung nun angehen. Ein Entwurf zu Vorschlägen, an dem derzeit im Bundesgesundheitsministerium (BMG) gearbeitet werde, sei schon „relativ weit“.

„Zu oft binden komplexe Regeln, aufwendige Verfahren und überbordende Verwaltung genau die Ressourcen, die wir eigentlich dringend in der Versorgung brauchen“, erklärte Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) und Hartmannbund-Vorsitzender, in seiner Rede vor dem 130. Deutschen Ärztetag im Mai 2026. Er schlug Warken vor, eine „Bürokratie-Task-Force“ aus Politik und ärztlicher Selbstverwaltung einzurichten, „um die vielen schon vorliegenden Empfehlungen zum Bürokratieabbau zügig in umsetzbare Maßnahmen zu überführen“. „Lassen Sie uns eine konkrete Zielmarke festlegen, etwa eine Reduzierung der administrativen Belastung um mindestens zehn Prozent pro Jahr“, sagte Reinhardt. So würde noch im Laufe dieser Legislaturperiode eine spürbare Entlastung der Praxen und Kliniken erreicht. Zudem müsse auch die Digitalisierung daran gemessen werden, ob sie Komplexität reduziere oder neue erzeuge.

Die „Dauerbaustelle“ Entbürokratisierung muss auch nach Ansicht der Bundesgesundheitsministerin angegangen werden. Entbürokratisierung und weitere Digitalisierung sei „essenziell“, weil es im Gesundheitssystem viele Ressourcen gebe, die man dadurch heben könnte. „Viele der Vorschläge auch aus der Ärzteschaft“, seien in die Maßnahmen, die derzeit vom BMG erarbeitet würden, eingeflossen, sobald ein Entwurf fertiggestellt sei, wolle man auch noch einmal mit der Ärzteschaft in den Dialog gehen.

Weniger Dokumentation und Kontrollen

Aufschluss darüber, welche Regelungen in diesem Entwurf aufgeführt sein könnten, liefert der Koalitionsvertrag 2025 von Union und SPD. Demnach sollen Dokumentationspflichten und Kontrollindichten „massiv“ verringert werden sollen. Es solle eine „Vertrauenskultur“ etabliert werden und die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen gestärkt werden, „statt sie mit Bürokratie aus Gesetzgebung und Selbstverwaltung zu lähmen“. Berichts- und Dokumentationspflichten, die aufgrund der Coronapandemie eingeführt wurden, sollen abgeschafft werden, „ohne die Vorsorge für zukünftige Pandemien zu gefährden“. Auch sollen eine „KI-unterstützte Behandlungs- und Pflegedokumentation“ ermöglicht und ein „konsequent vereinfachtes und

digitales Berichtswesen“ angestrebt werden. Bei der Regressprüfung niedergelassener Ärzt:innen soll eine Bagatellgrenze von 300 Euro eingeführt werden. Die Verschreibung und Abrechnung von Heil- und Hilfsmitteln gegenüber den Krankenkassen soll „wesentlich“ vereinfacht und die Prüfquote bei Krankenhäusern „erheblich“ gesenkt werden.

Mit Blick auf die von der Bundesregierung angestrebten Reformen im Gesundheitswesen sieht sich die Ärzteschaft jedoch vor weiteren bürokratischen Herausforderungen. So kritisiert Reinhardt das im Entwurf für ein GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz der Bundesregierung geplante verpflichtende Zweitmeinungsverfahren für bestimmte Eingriffe als „hochbürokratisch“. Es setze sehr hohe Maßstäbe an die Zweitmeinungsbegutachtung und die dafür angelegte Struktur sei „hochkomplex“.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) lehnt zudem die im Beitragsstabilisierungsgesetz vorgesehene Einführung einer Teilzeit-Krankschreibung ab, nach der nach skandinavischem Vorbild künftig eine Teilarbeitsunfähigkeit von 25, 50 oder 75 % der regulären Wochenarbeitszeit attestiert werden könnte. Laut dem KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Gassen müsste hierfür eine Art Gutachten erstellt und Details des Arbeitsverhältnisses beleuchtet werden. „Mit Blick auf die Abrechnung spricht er von gekürzten Vergütungen und einer Regelung, die „nicht nur wie ein schlechter Witz klingt“.

Die Bürokratie-Dauerbaustelle muss endlich angegangen werden.



Ärzterschaft befürchtet Eingriffe in die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung

„An entscheidenden Punkten absolut übergriffig“

Ein geplantes Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) soll unter anderem erste Weichen für die Einführung eines Primärversorgungssystems stellen. Die Ärzteschaft äußert jedoch bereits deutliche Bedenken an verschiedenen vorgesehenen Maßnahmen. Allen voran stößt eine Regelung auf scharfe Kritik, nach der Krankenkassen künftig nicht nur Daten der ePA nutzen, sondern auch „mit Einwilligung der Versicherten zusätzliche personenbezogene Daten bei ihren Versicherten oder bei anderen Stellen erheben“ dürfen. Das wird aus der Ärzteschaft unisono vehement abgelehnt.

Laut BMG sollen mit dem GeDIG die Vorteile der Digitalisierung noch gezielter in die Versorgung gebracht und digitale Anwendungen für die Versicherten deutlich attraktiver werden. Der Entwurf ist Teil der „Weiterentwicklung der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege“, die Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) im Februar dieses Jahres vorgelegt hatte. Ziele dieser Strategie sind eine stärkere Einbindung digitaler Innovationen in den Versorgungsalltag, eine systematische Generierung und Nutzung hochwertiger Gesundheitsdaten sowie mehr digitale Versorgungssteuerung. Es werden drei Handlungsfelder beschrieben:

1. Schaffung personenbezogener und digital unterstützter sektoren- und professionsübergreifender Versorgungsprozesse
2. Generierung und Nutzung qualitativ hochwertiger Daten für eine bessere Versorgung und Forschung
3. Nutzenorientierte Technologien und Anwendungen

Das GeDIG soll die wesentlichen Vorhaben der Strategie aufgreifen. So soll die elektronische Patientenakte (ePA) weiterentwickelt werden. Sie werde angepasst, um die Anforderungen der EHDS-Verordnung zu erfüllen. Apotheker sollen nunmehr auch über das E-Rezept einen eingeschränkten Zugriff auf die ePA erhalten, um den Medikationsplan zu aktualisieren und die Verordnungsdaten und Dispensierinformationen einzusehen und zu aktualisieren. Und es sollen die Voraussetzungen für einen Notfallzugriff auf die elektronische Patientenakte (ePKA) geschaffen werden.

Durch eine Weiterentwicklung des Betriebsmodells und erweiterte Befugnisse der Gematik soll außerdem die Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur (TI) verbessert werden und Anwendungen der TI sollen weiterentwickelt werden. Das E-Rezept werde an die Anforderungen in der Praxis und die Umsetzung neuer Rezeptarten angepasst. Auch soll die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und der digitalen Identität als Zugangsvoraussetzung für

die Versorgung vereinfacht werden und der Anwendungsbereich der E-Rechnung soll auf die Direktabrechnung für Leistungserbringer mit den Krankenkassen erweitert werden. Letzteres ermöglicht laut BMG auch die Nutzung durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Die Vorgaben für sichere Übermittlungsverfahren im Gesundheitswesen sollen außerdem konsolidiert und konkretisiert werden. Die Übertragung medizinischer und pflegerischer Daten mittels Fax werde nicht mehr zulässig sein.

Darüber hinaus sollen digitale Elemente für das Primärversorgungssystem vorbereitet werden:

- „Neue digitale Versorgungselemente, wie die elektronische Überweisung, werden etabliert.
- Die flächendeckende Bereitstellung einer standardisierten und strukturierten digitalen Ersteinschätzung zur Feststellung des Versorgungsbedarfs wird vorbereitet; die Partner der Selbstverwaltung erhalten den Auftrag, Anforderungen zu erarbeiten.
- Das Zusammenspiel der Krankenkassen-Apps mit der 116117 Terminvermittlungsplattform des KV-Systems wird gestärkt.
- Es werden faire Rahmenbedingungen für die digitale Terminvermittlung durch Dritte gesetzt.
- Insgesamt werden Versicherte mehrere Zugangswege zur Versorgung erhalten: Neben dem Hausarzt und der 116117 können sie auch den digitalen Zugang über die ePA-App wählen. Dafür werden die oben genannten verschiedenen Dienste, u.a. die E-Überweisung, die digitale Terminvermittlung der Kassenärztlichen Vereinigungen und eine umfassende digitale Bedarfseinschätzung zu einem nutzerfreundlichen Service integriert.“

Zudem soll die Interoperabilität im Gesundheitswesen als Voraussetzung für digitale und nutzerfreundliche Versorgungsprozesse weiter gestärkt und der Interoperabilitätsprozess stringent und sektorübergreifend weiterentwickelt werden. Gleichzeitig sollen im GeDIG die Möglichkeiten zur Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschung, Innovation und Versorgung weiter verbessert wer-

den. So sollen unter anderem „Datennutzungsmöglichkeiten für eine datengestützte Versorgung der Krankenkassen im Interesse der Versicherten“ gestärkt werden. Mit dem GeDIG-Entwurf werden hierzu eine Reihe von Maßnahmen ergriffen:

- Krankenkassen soll die Anonymisierung und anschließende Weiternutzung vorhandener Daten erlaubt werden.
- Krankenkassen sollen mit Einwilligung der Versicherten zusätzliche Daten erheben können.
- Die Einführung einer Rechtsgrundlage für „Krankenkassen-Real-labore“ soll „Experimentierräume für die sichere und flexible Erprobung von neuen Datennutzungsverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ schaffen.
- Die bestehende Regelung zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken nach § 25b SGB V soll weiterentwickelt und unbürokratischer ausgestaltet werden.
- Krankenkassen sollen Versicherten „gute und nutzenstiftende ePA-Anwendungen unter Nutzung von Abrechnungsdaten und weiteren Daten bereitstellen (z. B. eine digitale Impfübersicht oder Informationen zu individuell geeigneten klinischen Studien)“.

Ob Versicherte der konkreten Datenverarbeitung widersprechen oder zustimmen müssen, hängt laut BMG vom jeweiligen Nutzungszweck ab. Die Krankenkassen müssten ihre Versicherten entsprechend informieren und aufklären.

Ein tiefgreifender Paradigmenwechsel

Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) und Vorsitzender des Hartmannbundes, hielt den GeDIG-Entwurf „an entscheidenden Punkten für absolut übergriffig“, wie er in seiner Rede vor dem 130. Deutschen Ärztetag im Mai 2026 betonte. Dass Krankenkassen erlaubt werden solle, Diagnosen, Medikation und sogar Inhalte der elektronischen Patientenakten auszuwerten, ohne dass die behandelnden Ärzt:innen einbezogen würden, bedeutet ihm zufolge „einen tiefgreifenden Paradigmenwechsel“. Hier finde eine Verschiebung der Steuerungs- und Entscheidungskompetenz zu Lasten der individuellen Patienten-Arzt-Beziehung statt, warnte er und fragte: „Wie sind solche Regelungen mit den Prinzipien wie Arztgeheimnis und ärztlichem Haftungsrecht vereinbar?“ Man erteile „solchen Allmachts-Phantasien einzelner Krankenkassenvertreter“ eine klare Absage – „unsere Patienten sicher auch“, bekräftigte der BÄK-Präsident.

Auch von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kam harsche Kritik an dem Entwurf. So erklärte KBV-Vorständin Dr. Sybille Steiner auf der KBV-Vertreterversammlung im Vorfeld des Deutschen Ärztetags, dass die Krankenkassen sich mit Hilfe des BMG und unter Missachtung von wissenschaftlicher Evidenz sowie datenschutzrechtlichen Bedenken immer stärker in medizinische Inhalte der Behandlung hineindrängten. Damit störten die Krankenkassen die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient „empfindlich“. An die Bundesgesundheitsministerin gewandt forderte sie: „Beenden Sie diesen Irrweg, Frau Ministerin Warken! Das Gesundheitssystem braucht kein krankenkassengesteuertes Überwachungssystem! Setzen Sie dafür auf digitale Instrumente, die einen nachgewiesenen Nutzen für Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten gleichermaßen bringen. Setzen Sie auf diejenigen, die sich um die Patienten täglich kümmern und mittlerweile zum Motor für die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung geworden sind – auf die Praxen! Und setzen Sie auch weiterhin auf die im Entwurf des GeDIG vorgesehenen sinnvollen Ansätze für mehr Betriebsstabilität in der TI.“

Die Krankenkassen sollen mehr „Macht“ über die Daten der Patient:innen erhalten.

Notfallreform erneut auf dem parlamentarischen Weg

Zum ersten, zum zweiten und nun vielleicht zum letzten Mal?

Zu einer Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes hat es bereits in den vergangenen Legislaturperioden immer wieder Anläufe gegeben. Der Handlungsbedarf steht sowohl für die Politik als auch für die Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitssystem außer Frage. Nun hat die schwarz-rote Bundesregierung im April 2026 einen „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung“ auf den Weg gebracht. Zentrales Ziel sei eine „bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Notfallversorgung, die sektorenübergreifend unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten organisiert wird“. Das Reformvorhaben musste sich bereits heftiger Kritik aussetzen.

Ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung wurde zuletzt in der 20. Legislaturperiode am im Oktober 2024 in 1. Lesung im Bundestag beraten. Eine weitere parlamentarische Befassung erfolgte durch den Bruch der damaligen Koalition nicht mehr. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geht diese nun in aktualisierter Form erneut an. Die Reform ist Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) zufolge ein weiterer Baustein, um Hilfesuchende besser durch das Gesundheitssystem zu der jeweiligen Versorgungsebene zu steuern, die am besten helfen könne. Dadurch würden sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet. Für den Rettungsdienst werde eine rechtssichere Grundlage geschaffen, die eine Versorgung gegebenenfalls auch ohne Transport ermögliche.

Konkret sollen dem Entwurf zufolge an ausgewählten Krankenhäusern digital vernetzte Integrierte Notfallzentren (INZ) etabliert werden, die sich aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle zusammensetzen. Kooperationspraxen in der Nähe der INZ könnten die Akutversorgung während der regulären Sprechstundenzeiten übernehmen. Sollten weder Notdienstpraxis noch Kooperationspraxis geöffnet haben, übernehme die Notaufnahme des Krankenhauses die gesamte Akut- und Notfallversorgung in INZ.

Weiterhin soll die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) künftig in eine Terminservice- und eine Akutleitstelle aufgeteilt werden. Letztere soll unter konkreten Erreichbarkeitsvorgaben die Vermittlung von ambulanten Not- und Akutfällen in die angemessene Versorgungsebene übernehmen und sich mit den neuen Leistungserbringern des Notfallmanagements („Rettungsleitstellen“, Rufnummer 112) zur Fallübergabe digital zu einem Gesundheitsleitsystem vernetzen. Zudem sollen unter der Rufnummer 116117 für Akutfälle flächendeckend rund um die Uhr telemedizinische und aufsuchende Notdienste als Erstversorgung zur Verfügung stehen.

Deckung von akutem Arzneimittel-Bedarf

Ärzt:innen solle in Notdienstpraxen der INZ, in bestimmten eng begrenzten Fallkonstellationen, zur Notfallversorgung die Abgabe von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten für den akuten Bedarf gestattet werden, wenn die erforderliche Versorgung über eine öffentliche Apotheke nicht ausreichend sichergestellt werden kann.

Schließlich sollen mit dem geplanten Gesetz Maßnahmen getroffen werden, um die Überlebensquote bei plötzlichem Herz-

kreislaufstillstand zu erhöhen: „Die Anleitung zur Reanimation am Notruf wird ebenso zum Standard wie Ersthelfer-Apps, mit denen freiwillige Ersthelfende in der Nachbarschaft zur Wiederbelebung entsandt werden, um das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zu verkürzen. Alle öffentlich zugänglichen Defibrillatoren werden in einem bundesweit einheitlichen Kataster erfasst, das mit den Leitstellen digital vernetzt ist“, erläutert das BMG.

Im Bereich des Rettungsdienstes soll die medizinische Notfallrettung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankert werden. Das medizinische Notfallmanagement, die medizinische Versorgung vor Ort und die fachlich-medizinische Betreuung während des Transportes würden als Teil der Krankenbehandlung anerkannt. „Dies bildet die Realität des Rettungsdienstes als hochspezialisierter Dienst zur Versorgung von Notfällen besser ab als die jetzige Finanzierung durch die Krankenkassen als reine Fahrkosten“, erklärt das BMG. Mit einem neuen „Fachgremium medizinische Notfallrettung“ aus Vertretern der Länder, der gesetzlichen Krankenversicherung, der maßgeblichen Fachgesellschaften und -verbände auf Bundesebene sowie der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer soll ein wichtiger Grundstein hin zu einer bundeseinheitlichen Qualität der medizinischen Notfallrettung und zu einheitlichen Standards gelegt werden.

Der Bund soll in den kommenden fünf Jahren die Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung und die Vernetzung der Leitstellen aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität mit insgesamt 225 Millionen Euro fördern.

Hartmannbund übt Kritik

„Wir fordern seit Jahren eine Entlastung der Notaufnahmen durch eine intelligente und verbindliche Patientensteuerung“, sagt der Hartmannbund-Vorsitzende Dr. Klaus Reinhardt. Angesichts des aktuellen Gesetzesentwurfs sei aber zu befürchten, dass gerade die ohnehin massiv beanspruchten niedergelassenen Ärzte mit einem zusätzlichen, vielfältigen Aufgabenspektrum und einer 24/7-Bereitschaft belastet werden. Dies könnte auch die Planungen für das ausstehende Primärversorgungssystem prägen und denkbar wie auch gewünschte Steuerungseffekte ineffektiv machen, befürchtet er.

Der Hartmannbund sieht insbesondere die geplante Ausgestaltung der INZ kritisch. Kämen die Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur gestuften Notfallversorgung zur Anwendung kommen, sei die Zahl der INZ völlig unrealistisch. „Zudem ist das Zusatzangebot eines rund um die Uhr fahrenden Notdienstes



Mit 225 Millionen Euro sollen die Digitalisierung der Notfallrettung und Leitstellen-Vernetzung gefördert werden.

unter Beibehaltung der regulären Sprechzeiten eine komplett illusorische Vorstellung“, kritisiert Reinhardt. Der Hartmannbund fordert Nachbesserungen im Sinne einer wirklich alle entlastenden und unbürokratischen Patientensteuerung.

Auch Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), übt harsche Kritik: Der Politik müsse klar sein, dass die Krankenhäuser in der ambulanten Notfallversorgung schon heute als Ausfallbürge auftreten würden. 13 Millionen Patient:innen würden aktuell in ambulanten Notfallstrukturen der Krankenhäuser versorgt, die eigentlich im niedergelassenen Bereich Hilfe erhalten müssten. Für jeden dieser Patient:innen entstehe den Kliniken ein Verlust von mehr als 100 Euro, weil die Vergütung viel zu niedrig kalkuliert sei. Wenn INZ gewollt seien, müssten sie auch verbindlich organisiert und finanziert werden. Zudem seien INZ weiterhin nicht sektorenübergreifend gedacht und die Ersteinschätzung der Patientinnen und Patienten sei unkoordiniert und mehrfach angelegt – ein System, das eher neue Probleme schaffe als bestehende löse, kritisierte er.

Unklare Strukturfinanzierung

Scharfe Kritik kommt von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). In einer gemeinsamen Erklärung im Namen aller 17 Kassenärztlichen Vereinigungen wiesen die KBV-Vorstände „mit aller Deutlichkeit“ den von Warken vermittelten Eindruck zurück, dass der Gesetzesentwurf in seiner im Regierungskabinett verab-

schiedeten Form inhaltlich mit der KBV erarbeitet und mitgetragen werde. „Das ist falsch! Wir lassen uns nicht vor den Karren einer zum Scheitern verurteilten Reformpolitik spannen“, konstatierten sie. Solle das System der 116117 ausgebaut werden, gehe das nicht ohne tragfähige Strukturfinanzierung, Kompetenzzuweisung und einen realistischen Zeithorizont; darauf habe man das BMG mehrfach hingewiesen und auch konkrete Vorschläge zur Umsetzung gemacht.

Die Björn Steiger Stiftung lobte Warken für einen Reformschritt, an dem ihre Vorgänger gescheitert seien, mahnte jedoch Nachbesserungen an. So würden internationale Leitlinien und medizinische Fachgesellschaften professionelle Hilfe nach 8 bis 10 Minuten fordern. In Deutschland würden bis zu 17 Minuten als rechtmäßig gelten. „Diese strukturelle Schutzlücke wird vom Entwurf nicht angefasst“, monierte die Stiftung. Zudem sei „systemisch inkonsistent“, dass für die Akutleitstelle der 116117 Erreichbarkeitsvorgaben festgelegt würden, während entsprechende Vorgaben für die 112 – „also genau dort, wo lebensbedrohliche Notfälle entgegenkommen werden“ – fehlten. Außerdem fehlten „Outcome-Qualitätsziele“. Das Gesetz verpflichte zur Datenerhebung, schreibe aber keine Outcome-Indikatoren wie das 30-Tage-Überleben nach Herzstillstand mit gutem neurologischem Ergebnis fest. „Solange Deutschland sich nicht am internationalen Outcome-Standard messen lässt, bleibt die Lücke zu Skandinavien bestehen“, warnt die Stiftung.



Neuer Aktionsplan für Arzneimitteltherapiesicherheit

Digitalisierung verändert Möglichkeiten der Patientenversorgung

„Arzneimitteltherapien bergen immer Risiken – von Neben- und Wechselwirkungen bis hin zu vermeidbaren Medikationsfehlern. Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) setzt genau hier an und stärkt die Sicherheit entlang des gesamten Medikationsprozesses – von der Verordnung über die Abgabe bis zur Anwendung und Überwachung“, erklärt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), ständiger Ausschuss der Bundesärztekammer (BÄK). Nebenwirkungen von Arzneimitteln seien häufige Ursachen für Notfallbehandlungen und stationäre Aufnahmen. Die internationale Studienlage zeige, dass etwa 5–10 Prozent aller Krankenhausweisungen auf das Auftreten von Nebenwirkungen zurückzuführen sind.

Seit 2007 gibt es einen „Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit“ des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), dessen Umsetzung und Fortschreiben des Aktionsplans AMTS von einer bei der AkdÄ angesiedelten interprofessionellen Koordinierungsgruppe aus Ärzt:innen, Apotheker:innen, Pflegekräften sowie Vertretern der Krankenhäuser- und Patientenverbände begleitet wird. Das Bundeskabinett hat nun im April 2026 den sechsten „Aktionsplan 2026–2029 des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland“ beschlossen. Aufbauend auf dem Kabinettsbeschluss soll die Koordinierungsgruppe eine gemeinsame Strategie zu den Maßnahmen des AMTS-Aktionsplans erarbeiten.

„Denn der Aktionsplan AMTS zielt darauf ab, grundsätzlich vermeidbare Medikationsfehler zu reduzieren und damit die Patientensicherheit in der Arzneimittelversorgung in Deutschland auch angesichts der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswe-

sen weiter voranzubringen“, heißt es in einem Beschluss des 129. Deutsche Ärztetags. Der Aktionsplan AMTS des BMG zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland sei als bewährtes, fachlich-interprofessionelles Instrument auch zukünftig zu stärken.

„Arzneimittel zählen zu den effektivsten und am häufigsten eingesetzten Behandlungsmethoden in der Medizin“, wird im Aktionsplan erklärt. Im Zuständigkeitsbereich des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) seien bundesweit über 100.000 Arzneimittel behördlich zugelassen, von denen mehr als die Hälfte verschreibungspflichtig seien. Zusätzlich seien im Bereich des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) mehr als 2.800 biomedizinische Arzneimittel zugelassen. Im Jahr 2024 seien in der gesetzlichen Krankenversicherung 682 Mio. Packungen im Fertigarzneimittelmarkt verordnet worden, worunter sich auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel befänden. Insgesamt seien im Jahr 2024 in Apo-

Der Medikationsprozess soll verbessert und die Anzahl der vermeidbaren und unbeabsichtigten Medikationsfehler reduziert werden.

theken knapp 1,4 Mrd. Arzneimittelpackungen abgegeben worden. Etwa ein Drittel der abgegebenen Packungen sei im Rahmen der Selbstmedikation selbst gekauft worden.

Entwicklung von gezielten Handlungsempfehlungen

AMTS beziehe sich auf die Sicherheit des gesamten Medikationsprozesses, heißt es weiter. Dieser umfasse als Kernschritte die Verschreibung, die Abgabe der Arzneimittel, die Anwendung durch die Patient:innen und deren An- bzw. Zugehörige oder Pflegefachpersonen sowie die regelmäßige Überwachung und ggf. Anpassung der Therapie. Ziel sei es, fehleranfällige Schritte im Prozess zu erkennen und durch geeignete Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zu vermeiden. Dadurch solle der gesamte Medikationsprozess verbessert und die Anzahl der vermeidbaren und unbeabsichtigten Medikationsfehler reduziert werden. Weiterhin sollen die Gesundheitskompetenz sowie die Patientenorientierung im Gesundheitswesen gestärkt, die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert und die Möglichkeiten der Digitalisierung genutzt werden.

Die Koordinierungsgruppe AMTS hat sich dafür ausgesprochen, mit der Fortschreibung des Aktionsplans AMTS ab 2026 drei Schwerpunktthemen zu adressieren:

1. Elektronische Patientenakte und elektronisches Rezept als neue Rahmenbedingungen für die AMTS: neue Chancen und Herausforderungen
2. Weiterentwicklung der AMTS-Kompetenzen
3. Erschließung und Nutzung von Gesundheitsdaten für ausgewählte AMTS-Fragestellungen

„Die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen verändert die Möglichkeiten der Patientenversorgung in Deutschland“, wird in dem Aktionsplan erklärt. Das Zusammenspiel digitaler Anwendungen wie das E-Rezept und die ePA mit elektronischer Medikationsliste (eML) sowie insbesondere dem elektronischen Medikationsplan (eMP), könnten einen wesentlichen Beitrag zu Verbesserung der AMTS leisten. Sie ermöglichen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen den fach-, einrichtungs- und sektorenübergreifenden Austausch und die Nutzung von Gesundheitsdaten und spiele insbesondere bei der Einführung eines digital gestützten Medikationsprozesses (dgMP) eine bedeutende Rolle. Für einen effektiven, digital gestützten Medikationsprozess sind laut BMG mit der Einführung von elektronischem Rezept und ePA die zentralen Voraussetzungen geschaffen worden. Beide Anwendungen böten genaue Informationen und damit Chancen für eine risikoarme, digital gestützte Arzneimitteltherapie. „Um das Potenzial digitaler Medikationsprozesse voll auszuschöpfen“, sollen auf Basis des Aktionsplans gezielte Handlungsempfehlungen entwickelt werden – zum Beispiel für die Patientenaufnahme und das Entlassmanagement in Kliniken.

Ab voraussichtlich 2026 soll dem Aktionsplan zufolge ein eMP mit mehr als drei dauerhaft verordneten, systemisch wirkenden Arzneimitteln in der ePA zur Verfügung stehen und in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität erprobt werden. Der eMP werde für die Leistungserbringer im Rahmen eines Behandlungskontextes, z. B. Arztbesuch, Rezepteinlösung in der Apotheke, in der ePA einsehbar sein und insbesondere auch Patient:innen zur Verfügung stehen: entweder elektronisch in ihrer ePA-App, sofern diese genutzt werde, oder weiterhin auf Wunsch als Papierausdruck.

Stärkung der Zusammenarbeit

Mit dem Aktionsplan sollen laut BMG außerdem die Kompetenzen und die enge Zusammenarbeit bei der Arzneimitteltherapie von Ärzt:innen, Apotheker:innen sowie Pflegekräften gestärkt werden. Es wird verdeutlicht, dass ein wirksamer Ansatz zur Verbesserung der AMTS die Zusammenarbeit aller Heilberufsgruppen erfordere. Im interdisziplinären Austausch und der Zusammenarbeit mit medizinischen Fachgesellschaften soll eine Verständigung auf gemeinsame Maßnahmen für eine gezielte Überwachung von Risiken bei der Mehrfachmedikation und dem sicheren Absetzen von Arzneimitteln entstehen.

Auch die Einführung eines interprofessionellen AMTS-Stewardship werde evaluiert, um die Therapiesicherheit nachhaltig zu stärken. Durch eine Befragung von Akteuren im Gesundheitswesen, insbesondere der Ärzte- und Apothekerschaft, der Pflegeberufe, der Krankenhäuser, der Gesundheitsämter, Pflegeeinrichtungen und gesetzlichen Krankenversicherung, sollen Einblicke gewonnen werden, die helfen könnten, Erfolgsfaktoren und Barrieren für die Umsetzung des AMTS-Stewardship zu identifizieren und gezielte Strategien zur Implementierung zu entwickeln, auch im Hinblick auf die Entwicklung entsprechender Handlungsempfehlungen. Auf einem wissenschaftlichen Symposium sollen ein erarbeitetes Konzeptpapier und die Umfrageergebnisse zu AMTS-Stewardship der Fachöffentlichkeit und Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen vorgestellt sowie die Umsetzung des Konzepts in Deutschland diskutiert werden. Auf Grundlage der Ergebnisse soll eine Handlungsempfehlung zur Implementierung von AMTS-Stewardship in Deutschland erarbeitet werden.

In der Forschung zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) zielt der Aktionsplan laut BMG auf die systematische Entwicklung evidenzbasierter Lösungen zur Verringerung von Medikationsrisiken ab. Ein erster Schritt sei die Identifikation neuer Messverfahren, um die Wirksamkeit von Arzneimitteltherapien auf Basis von Routinedaten (Verwaltungs- und Abrechnungsdaten) präziser bestimmen zu können. Auch die Weiterentwicklung der Qualitätskriterien des elektronischen Medikationsplans (eMP) zu mehr Vollständigkeit, Aktualität und leichter Verständlichkeit für Patient:innen lägen im Fokus von AMTS-Forschungsvorhaben.

Anzeige

www.kneippaerztebund.de

Top Referenten * Bundesweit anerkannt
Fortbildungspunkte * Grüner Campus



Ärztesellschaft für
Präventivmedizin
und klassische
Naturheilverfahren
Kneippverband e.V.

Experten für ärztliche Fort- und Weiterbildungen

Naturheilverfahren Zusatzbezeichnung
Theorie Module 1-4 * 80h Fallseminare

Ernährungsmedizin Zusatzbezeichnung
Theorie Module 1-5 * 120h Fallseminare

Psychosomatische Grundversorgung
Theorie + Praxis (50h)

Wald-Therapeut / Wald-Gesundheitstrainer
Ausbildung in Kooperation mit Bayer, Universitäten

Kneipparzt-Diplom
5-tägiger Intensivkurs

Orthopädie für die tägl. Praxis
Wochenendseminar 1,5 Tage

Sport und Ernährung
Wochenendseminar 1,5 Tage



Aktuelle Termine

Praxisverwaltungssysteme im Spiegel des Praxisalltags

Nutzerfreundlichkeit und niedrigere Lizenzgebühren gefragt

Praxisverwaltungssysteme (PVS) sind aus der ambulanten medizinischen Versorgung nicht mehr wegzudenken. Eine bundesweite Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) deutet jedoch darauf hin, dass „nach wie vor der größere Teil der Befragten mit der jeweils genutzten Software und dem Preis-Leistungs-Verhältnis unzufrieden ist“, wie der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried erklärte. Ein Drittel zieht einen Wechsel der Software in Betracht. Beklagt werden unter anderem eine hohe Fehleranfälligkeit, mangelnde Nutzerfreundlichkeit, zu hohe Lizenzgebühren und unzureichender Kundensupport.

Mit Hilfe der PVS werden Patientendaten und Befunde verarbeitet, Verordnungen und Bescheinigungen ausgestellt und mit den Krankenkassen abgerechnet. „Fällt die Software aus und gibt es Probleme, den Support zu erreichen, steht die Praxis still, die medizinische Versorgung kommt weitgehend zum Erliegen. Geht die Arbeit an der Praxissoftware hingegen leicht von der Hand, wird mehr Zeit für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten frei. So entsteht weniger Frust und mehr Berufszufriedenheit in den Praxen“, sagte von Stillfried. Gute Software könne auch die Qualität der Behandlung fördern. Zum Beispiel, indem der Überblick über bereits vorhandene digitale Informationen schnell und zielstrebig gelinge, sodass diese effizient in den ärztlichen Entscheidungsprozess einfließen könne.

In die Zi-Erhebung flossen die Antworten von über 3.100 befragten Praxisinhaber:innen und MVZ-Leiter:innen im Zeitraum vom 2. Mai bis 10. Juni 2025 zu 32 Systemen ein. Insgesamt würden die Nutzenden 18 der 32 meistgenutzten Systeme (zusammen liegt der Marktanteil bei 77,4 %) nicht weiterempfehlen. Die durchschnittliche Benutzerfreundlichkeit der Praxisverwaltungssysteme – bewertet auf einer Skala von 1 bis 100 – liegt der Umfrage zufolge bei 63,1. Sie hat sich damit gegenüber 2024 nur leicht verbessert (plus 3,4 Punkte). Nahezu unverändert blieb die durchschnittliche Neigung der Befragten das von ihnen genutzte Produkt weiterzuempfehlen (5,7 Punkte auf einer Skala von 0 bis 10).

Mangelnde Nutzerfreundlichkeit

Nach den Ergebnissen der Zi-Umfrage erwägen fast 60 % einen Wechsel aufgrund mangelnder Nutzerfreundlichkeit sowie zu hoch empfundener Lizenzgebühren. Unzureichender Kundensupport (52 %) sowie versteckte Preissteigerungen und zu hohe Wartungskosten (jeweils 46 %) sind weitere Motive für eine erhöhte Bereitschaft, das

derzeitige PVS wechseln zu wollen. Auch was die Fehlerhäufigkeit zentraler PVS-Prozesse anbelangt, gibt es nach wie vor ein hohes Unzufriedenheitspotenzial: So berichten insgesamt 82 % der Praxen von regelmäßigen Problemen beim Auslesen der elektronischen Gesundheitskarte. Beim Verbindungsaufbau des Konnektors mit der Telematikinfrastruktur (TI) treten bei über 81 % der Praxen „häufig“ Fehler auf. Bei der Erstellung des elektronischen Rezepts (eRezept) klagten über 71 % über regelmäßig auftretende Schwierigkeiten.

Insgesamt zeigt die Studie einen Rückgang in der Wechselbereitschaft (2025: 33,3 % zu 44,4 % für 2024). Die ist laut von Stillfried jedoch nicht notwendigerweise Ausdruck höherer Zufriedenheit, sondern könne auch ein Resultat wahrgenommener Wechselbarrieren sein. Gründe, die Praxen daran hinderten, das PVS zu wechseln, sind laut der Studie neben einer grundlegenden Zufriedenheit mit der aktuellen Anwendung bei gut zwei Dritteln der Befragten (61,7 %) auch befürchtete Probleme bei der Datenmigration oder zu hohe Wechselkosten sowie organisatorische Herausforderungen. Demgegenüber berichteten mehr als 72 % der Befragten, die den Wechsel gewagt haben, dass die Migration am Ende reibungslos verlief. Vier von fünf berichteten zudem, dass die Trainings- und Umschulungsmaßnahmen inhaltlich gut aufbereitet und hilfreich waren. Laut Zi sank jedoch der Anteil derjenigen, für die der Wechsel zu signifikanten Verbesserungen geführt hat, „wengleich auf hohem Niveau“ (2025: 83,9 % zu 90,9 % für 2024). Dies könne auch darauf zurückgeführt werden, dass viele Praxen zu PVS wechselten, die bereits 2024 überwiegend kritisch beurteilt worden waren.

Das Zi verweist auf sein fortlaufendes „PVS-Monitoring“, das wechselwilligen Praxisinhaberinnen und -inhabern als Entscheidungshilfe dienen soll. Auf seiner Internetseite stellt das Institut daher die in die Analyse einbezogenen Systeme mit ihren Bewertungen vor.

Neuerungen beim Zugang zum Medizinstudium

„Numerus Clausus“ – I. B.

Unterschiedliche Gewichtung von NC und anderen Auswahlkriterien

Neuerungen beim Zugang zum Medizinstudium

Unterschiedliche Gewichtung von NC und anderen Auswahlkriterien

Die vollständige Abschaffung des Numerus Clausus (NC) beim Medizinstudium steht immer wieder in der Diskussion. Zuletzt forderte der CSU-Politiker Klaus Holetschek, Fraktionsvorsitzender im bayerischen Landtag, dass diese Zugangsbeschränkung abgeschafft wird, um dem Ärztemangel entgegenzuwirken. In Deutschland gibt es bereits Möglichkeiten auch ohne NC einen Medizinstudienplatz zu erhalten, er ist jedoch noch vielerorts ein Hauptzugangskriterium.

Holetschek sagte der „Allgäuer Zeitung“ im April 2026, dass eine rein notenbasierte Auswahl nicht mehr zeitgemäß sei. Der Numerus Clausus stelle für viele hoch motivierte Abiturientinnen und Abiturienten eine oftmals unüberwindbare Barriere dar, obwohl diese möglicherweise hervorragende Eigenschaften für den anspruchsvollen Arztberuf mitbringen würden. Stattdessen könnten Holetschek zufolge standardisierte Leistungstests und gezielte persönliche Eignungsprüfungen eine wesentlich größere Rolle bei der Studienplatzvergabe spielen.

Um einen Medizinstudienplatz kann man sich in Deutschland über die Zentrale Vergabestelle für Medizinstudienplätze bewerben. Hierbei werden 30 % aller Medizinstudienplätze über den Abiturdurchschnitt, den NC, verteilt. Mittlerweile liegt dieser bei 1,0. 10 % der Studienplätze werden über die Eignungsquote unabhängig von Schulnoten verteilt, etwa auf Grundlage von Tests und vorheriger Berufserfahrung. Im Auswahlverfahren der Hochschule (AdH) werden 60 % der Studienplätze nach eigenen Kriterien der Hochschulen verteilt. Hier werden neben der Abiturnote auch das Ergebnis im Test für Medizinische Studiengänge (TMS) und andere Zusatzqualifikationen berücksichtigt. In einigen Bundesländern wie Bayern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und in Sachsen-Anhalt können zudem Plätze an Bewerber vergeben, die sich verpflichten, später für eine gewisse Zeit als Hausarzt in unterversorgten Gebieten zu arbeiten. Auch gehen manche Studierende in Länder wie Österreich, Polen oder Ungarn, wo die Zulassung oft über eigene Aufnahmetests statt über die Abiturnote erfolgt. Zudem gibt es private Hochschulen in Deutschland, die eigene Auswahlverfahren durchführen, jedoch mit höheren Studiengebühren verbunden sind.

Veränderte Eingangskriterien

Zuletzt berichtete unter anderem die Universitätsmedizin Greifswald (UMG) von Neuerungen beim Auswahlverfahren zum Medizinstudium. Hier wird „seit Jahrzehnten“ bei einem Teil der Studienplätze auf ein „Greifswalder Interviewverfahren“ (GIV) gesetzt. Zum kommenden Wintersemester soll diese Zahl auf 85 von 200 Plätzen erhöht werden. Zudem sollen auch die Eingangskriterien für ein Interview „erheblich verändert“ werden. Die Abiturnote reihe sich

nunmehr in drei weitere Kriterien ein: Naturwissenschaftliche Vorerfahrungen, soziales und berufliches Engagement sowie berufliche Orientierung würden genauso stark gewichtet. Zusätzlich werde die Abiturnote an sich relativiert. Sie sei zwar nach wie vor ein wichtiges Vorauswahlkriterium, jedoch würden sehr gute Abiturnoten von 1,0 bis 1,5 für die Auswahl zum Interview nun gleich bewertet.

Ganz neu sei die Bewertung von beruflicher Orientierung noch während der Schulzeit oder vor Beginn des Studiums. Anerkannt würden zum einen schulische Programme, die Schüler:innen das ärztliche Berufsfeld näherbringen würden. Für eine ärztliche Orientierungsphase nach der Schule würden zum anderen von der Universitätsmedizin Greifswald jetzt 3-Monatsblöcke im Krankenhaus angeboten, die einen Einblick in die tägliche Arbeit im Krankenhaus und das Medizinstudium ermöglichen. Allein durch die Belegung eines 3-Monatsblockes könnten Vorauswahlpunkte gesammelt werden, die einer Abiturnotenverbesserung von 0,2 Notenstufen entsprechen. Insgesamt könne die Abiturnote durch die weiteren Vorauswahlkriterien zum Greifswalder Interviewverfahren um maximal 1,0 Notenstufen relativiert werden.

Persönliches Gespräch von Vorteil

Die Fakultät erklärte, damit „auf den demographischen Wandel und den zunehmenden Ärzt:innenmangel“ zu reagieren. Das geplante System ermögliche die Ausbildung von Ärzt:innen, „die zwar hochmotiviert für den Beruf sind, aber vorher aufgrund ihrer Abiturnote auf andere Berufe ausweichen mussten“.

In einer Reaktion auf die Neuerungen beim Verfahren der UMG sprach sich der Medizinische Fakultätentag für die Nutzung des NC als entscheidendes Zulassungskriterium aus. Generalsekretär Frank Wissing sagte, es gebe zum aktuellen Zeitpunkt kaum Studien darüber, wie erfolgreich Studierende aus dem Interview-Verfahren ihr Studium tatsächlich absolvierten, berichtete der „NDR“. Als einer der sicheren Indikatoren gelte weiterhin die Abiturnote. Gleichzeitig könne das persönliche Gespräch aber andere Effekte haben: „Der große Vorteil ist, wenn man erst einmal zu seinem Interview eingeladen war und auch vor Ort mit den Menschen in Interaktion getreten ist, dann ist die Bereitschaft da, später dann auch dort hinzugehen“, so Wissing.



Wenn die Technik ausfällt, kann es dauern.

Das große Warten auf die Reform des Medizinstudiums

Hartmannbund-Liste bietet Transparenz über PJ-Aufwandsentschädigung

„Das PJ steckt im letzten Jahrhundert fest“ – so ist die eindeutige Meinung der Studierenden im Hartmannbund. Auf ihrer letzten Sitzung im Februar 2026 übten sie deutliche Kritik an den „seit Jahren unveränderten Rahmenbedingungen des Praktischen Jahres (PJ)“ und warnten vor den Folgen politischen Stillstands. So steht unter anderem eine angemessene Vergütung im Vordergrund ihrer Forderungen. Einen Überblick darüber, welche Lehrkrankenhäuser eine sogenannte PJ-Aufwandsentschädigung überhaupt zahlen und in welcher Höhe sowie zu gebotenen Sachleistungen, bietet die „PJ-Liste“ des Hartmannbundes.



Mangelnde Lehre, personeller Lückenfüller, hohe Arbeitsbelastung: Die HB-Studierenden haben vor der Eröffnung des Deutschen Ärztetages symbolisch Patenschaftsverträge für PJler verteilt, um auf die strukturellen Probleme während des Praktischen Jahres hinzuweisen.

Der Hartmannbund und auch der Deutsche Ärztetag fordern bereits seit längerem die Einführung einer bundesweit einheitlichen PJ-Aufwandsentschädigung in Höhe des geltenden BAföG-Höchstsatzes für alle Medizinstudierenden. So argumentierte der Hartmannbund in einem Beschluss aus dem Jahr 2019, dass Studierende im Praktischen Jahr in den Krankenhäusern einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung des Arbeitsalltags leisteten und voll in die medizinischen Abläufe integriert werden sollten. Es könne nicht sein, dass Medizinstudierenden nach fünf Jahren theoretischer Ausbildung bei einer 40-Stunden Woche keine Entschädigung für die geleistete Arbeit zugestanden werde.

Im Praktischen Jahr (PJ) würden die Studierenden im Krankenhaus in der Regel als „Vollzeitkräfte“ eingesetzt und regelmäßige Tätigkeiten übernehmen, mit denen sie den Klinikablauf unterstützten, erklären die Studierenden des Hartmannbundes. Sie mahnten, dass PJ-Studierende jedoch nicht als kostenlose oder kostengünstige Arbeitskräfte gesehen werden dürften, sondern ein Recht auf eine gute Lehre und eine angemessene Aufwandsentschädigung hätten.

„Es ist unbegreiflich, dass wir im Jahr 2026 noch immer mit Regelungen konfrontiert sind, die der Realität eines modernen Medizinstudiums nicht gerecht werden“, erklärte Kimberley Gärtner, Co-Vorsitzende des Ausschusses der Studierenden im Hartmannbund. Die im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD zugesagten Verbesserungen müssten endlich umgesetzt werden, fordern die Studierenden. Union und SPD erklärten darin: „Wir wollen eine Vergütungsstruktur im Praktischen Jahr (PJ) modernisieren, die mindestens dem BAföG-Satz entspricht und wollen eine gerechte und einheitliche Fehlzeitenregelung schaffen.“

Ohne klare politische Entscheidungen drohe das PJ eine Phase zu bleiben, in der Studierende organisatorisch und finanziell übermäßig belastet werden, statt eine hochwertige Vorbereitung auf den ärztlichen Beruf zu erhalten, kritisierten die Studierenden. „Es ist paradox: Wir planen High-Tech-Medizin, während das PJ im letzten Jahrhundert feststeckt. Medizinische Exzellenz braucht ein Fundament, das trägt. Die Politik muss jetzt gemeinsam mit uns den Weg ebnen“, betonte Kay Dafler, Co-Vorsitzender des Ausschusses. Dass die Deckelung mit der neuesten Reform gefallen ist, ist ein wichtiger Schritt. Gleichzeitig hält der HB weiterhin eine Mindestvergütung für notwendig, um die Existenzsicherung im PJ zu gewährleisten.

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) bekräftigte vor dem 130. Deutschen Ärztetag im Mai 2026, dass man an der Notwendigkeit der Reform des Medizinstudiums in dieser Legislaturperiode festhalte. Es hätte hierzu schon mehrere Anläufe gegeben. „Wir haben uns vorgenommen, das endlich zum Erfolg zu bringen“, hob sie hervor. Sie sprach von schwierigen Gesprächen mit den Ländern, „aber auch davon lassen wir uns nicht abhalten“, so die Ministerin. Inhaltlich wolle man vor allem die Allgemeinmedizin stärken, die dringend für das geplante Primärversorgungssystem gebraucht würde. Als weitere versorgungsrelevante Änderungen nannte sie die frühe Patientensorientierung und die durchgehende Verknüpfung von Theorie und Praxis. Dafür sei eine grundlegende Neustrukturierung des Studiums erforderlich.



Sie betonte, viel Unterstützung durch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland zu sehen, mit denen sie sich auch schon ausgetauscht habe.

Die „PJ-Liste“ des Hartmannbundes gewährt Aufschluss über die „Zahlungsmoral“ der Lehrkrankenhäusern in Deutschland und bietet zum Beispiel auch Einblicke in gebotene Sachleistungen der Kliniken – sortiert nach Universität. Die Angaben beruhen auf Auskünften von Medizinstudierenden im Hartmannbund und von den Lehrkrankenhäusern. Die Lehrkrankenhäuser haben jederzeit die Möglichkeit, die Angaben aktualisieren zu lassen oder diesen zu widersprechen. Die genannten Beträge der Aufwandsentschädigung einzelner Lehrkrankenhäuser können zuweilen Geld- und Sachleistungen umfassen.

Anzeige



Gut organisierte Ärzte sind mit Herzblut bei der Sache.

- + Ihre Vorteile**
- Zertifizierter Grouper
 - Rechnungsversand
 - Korrespondenz und Forderungsmanagement
 - Honorarsplitting
 - Treuhänderische Verwaltung

Angebot anfordern:
Tel. 0711/7201-262
bo-vertrieb@pvs-bw.de
oder QR-Code scannen



pvs-bw.de

Mehr Auswahl. Mehr Transparenz. Mehr Möglichkeiten.

Wer heute ein Neufahrzeug sucht, wünscht sich vor allem Auswahl, transparente Angebote und schnelle Verfügbarkeit – ohne komplizierte Abläufe. Genau hier setzt CarFleet24 an und bietet Privat- wie Gewerbekunden eine zentrale Lösung, die den Fahrzeugkauf deutlich erleichtert.

Ob PKW oder Nutzfahrzeug bis 3,5 Tonnen – das Angebot ist vielseitig und auf unterschiedliche Bedürfnisse zugeschnitten. Sie profitieren von einer breiten Auswahl gängiger Marken und Modelle. Besonders interessant sind **kurzfristig verfügbare EU-Fahrzeuge** (Barkauf & Finanzierung), die oft schneller geliefert werden können und preislich attraktive Alternativen zum klassischen Neuwagen darstellen.

Ergänzend dazu stehen **regelmäßig wechselnde Leasing-Aktionsmodelle** zur Verfügung. Diese zeitlich oder mengenmäßig begrenzten Angebote bieten attraktive Konditionen und eröffnen zusätzliche Sparpotenziale für flexible Mitglieder.

Ein zentraler Service ist unser unverbindlicher Angebotsvergleich für Neufahrzeuge. Frei nach der Devise „Kein Neufahrzeugkauf ohne unseren Angebotsvergleich“ können Sie uns das Angebot Ihres Händlers einfach zur Prüfung übermitteln. Dazu laden Sie das Barkauf-, Leasing- oder Finanzierungsangebot bequem hoch. Wir prüfen dieses sorgfältig und unterbreiten Ihnen – sofern möglich – ein attraktiveres Vergleichsangebot. Dieser Service ist für Sie selbstverständlich **unverbindlich und kostenlos**.

CarFleet24 

Eine weitere Innovation von CarFleet24 ist die digitale Unterstützung beim Fahrzeugverkauf Ihres Gebrauchtwagens. Durch schnelle Online-Bewertung und eine einfache Abwicklung des Verkaufsprozesses wird der Verkauf für Sie deutlich vereinfacht und zeitsparend gestaltet.

So zeigt sich: Der Fahrzeugmarkt wird immer kundenfreundlicher. Mit CarFleet24 wird der Kauf und Verkauf eines Fahrzeugs zu einer transparenten und angenehmen Erfahrung.

Kontakt: CarFleet24
www.carfleet24.de
Passwort: hartmannbund
Fon: 089 – 40112113-0
E-Mail: kundenbetreuung@carfleet24.de

Vorsorge ist mehr als nur ein Formular Steuertipps

In der medizinischen Praxis begegnet man ihnen immer wieder: Situationen, in denen schnell entschieden werden muss und gleichzeitig unklar ist, was der Patient eigentlich gewollt hätte. Angehörige sind unsicher, Dokumente fehlen oder sind unvollständig. Für alle Beteiligten entsteht Druck in einem Moment, der ohnehin belastend ist.

Viele Ärztinnen und Ärzte kennen das nicht nur aus ihrem Berufsalltag, sondern auch aus dem privaten Umfeld. Die Erkenntnis kommt oft erst dann, wenn es konkret wird: Vorsorge ist keine Formalität, sondern ein Stück Selbstbestimmung und eine enorme Entlastung für andere.

Genau an diesem Punkt setzt der VorsorgePlaner von Wolters Kluwer Steuertipps an. Statt einzelne Dokumente isoliert zu betrachten, führt er strukturiert durch das gesamte Thema. Natürlich gehören Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht dazu. Entscheidend ist aber, dass sie im Zusammenhang gedacht werden, ergänzt um praktische Informationen, die im Ernstfall wirklich weiterhelfen.

Denn es geht nicht nur darum, wer entscheiden darf, sondern auch darum, wie

handlungsfähig diese Person ist. Wo liegen wichtige Unterlagen? Welche Versicherungen bestehen? Wer sind die richtigen Ansprechpartner? Und ganz pragmatisch: Sind die notwendigen Vollmachten tatsächlich griffbereit?

Der Ansatz ist bewusst alltagsnah gehalten. Schritt-für-Schritt-Anleitungen, Checklisten und Hinweise zu typischen Fehlern helfen dabei, die eigene Vorsorge ohne juristische Vorkenntnisse umzusetzen. Der



im Plus Paket beiliegende Notfallordner schafft zusätzlich Ordnung. Ein Detail, das im entscheidenden Moment den Unterschied machen kann.

Mit dem letzten Update greift der VorsorgePlaner auch Themen auf, die in der Praxis zunehmend relevant werden: digitale Konten, Schweigepflichtentbindungen oder neue rechtliche Regelungen wie die Ehegattenvertretung. Das spiegelt die Realität wider, mit der Ärztinnen und Ärzte täglich konfrontiert sind.

Vielleicht liegt genau darin der größte Nutzen. Auch aus ärztlicher Perspektive. Wer erlebt, wie viel Klarheit gute Vorsorge schaffen kann, wird das Thema anders ansprechen. Nicht belehrend, sondern aus Überzeugung. Als Angebot an Patientinnen und Patienten, sich frühzeitig Gedanken zu machen.

Am Ende bleibt eine einfache Erkenntnis: Vorsorge beginnt nicht im Krankheitsfall. Sie beginnt in gesunden Zeiten. Idealerweise mit einem Werkzeug, das den Einstieg erleichtert und nichts dem Zufall überlässt.

Neu ab 2026:

Elektronische Beitragsmeldung – was angestellte Ärztinnen und Ärzte jetzt wissen müssen



Wer als Angestellter privat krankenversichert ist, kennt das Verfahren: Der Arbeitgeber zahlt einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung (PKV) – aber nur, wenn der Versicherungsnehmer ihm die Beitragshöhe nachweist. Dieser Nachweis erfolgte bisher auf Papier. Das hat sich geändert.

Seit dem 1. Januar 2026 sind alle privaten Krankenversicherungen gesetzlich verpflichtet, die Beitragsdaten ihrer Versicherten direkt und elektronisch an die Finanzbehörden zu übermitteln. Von dort fließen die relevanten Beträge in die sogenannten ELStAM (elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale). Arbeitgeber können den Zuschuss ab sofort nur noch auf dieser Grundlage berechnen.

Zwei Bescheinigungen – zwei unterschiedliche Zwecke

Hier gibt es eine Unterscheidung, die im Alltag oft untergeht:

Die **Bescheinigung für den Arbeitgeberzuschuss** belegt die Beitragshöhe gegenüber dem Arbeitgeber und ist Voraussetzung dafür, dass der Arbeitgeber überhaupt einen Zuschuss zur Krankenversicherung zahlen darf. Diese Daten übermittelt Ihre PKV ab 2026 elektronisch – Sie müssen nichts mehr bei Ihrem Arbeitgeber einreichen.

Die **Bescheinigung für das Lohnsteuerabzugsverfahren** betrifft einen anderen Weg: Wer PKV-Beiträge monatlich als Sonderausgaben steuermindernd geltend macht, benötigt diese Bescheinigung. Auch hier gilt ab 2026: Die Übermittlung erfolgt elektronisch und fließt in die ELStAM ein. Der frühere Pauschalansatz ist nicht mehr möglich – die tatsächlichen Beiträge werden nun individuell erfasst.

Beide Bescheinigungen sind also nicht dasselbe, auch wenn sie aus derselben Quelle stammen: Ihrer PKV.

Was bedeutet das konkret für angestellte Ärztinnen und Ärzte?

Wer einen Arbeitgeberzuschuss erhält, muss nichts tun. Die Daten werden automatisch übermittelt – das Verfahren vereinfacht sich sogar.

Wichtig zu wissen: Versicherte können der elektronischen Übermittlung widersprechen. Für angestellte Ärztinnen und Ärzte ist davon jedoch in aller Regel abzuraten. Wer widerspricht, riskiert, dass der Arbeitgeber keinen Zuschuss mehr zahlen kann – weil ihm die rechtlich erforderliche Datengrundlage fehlt.

Ein Widerspruch kann sinnvoll sein für Selbstständige, Beamte oder Rentnerinnen und Rentner, die keinen Arbeitgeberzuschuss beziehen und keine monatliche Lohnsteuerberücksichtigung wünschen.

Bei Fragen rund um dieses Thema können Sie sich an Ihre PKV, Ihren Steuerberater oder das Bundeszentralamt für Steuern wenden.

Chatbots im Praxis-Test

Sicherheit von KI im klinischen Alltag



Künstliche Intelligenz (KI) etabliert sich immer stärker im Berufsalltag von Ärztinnen und Ärzten. Im deutschsprachigen Raum nutzen bereits 50 % KI-Tools wie ChatGPT für ihre Recherche [1]. Die Frage, die sich bei dieser stark steigenden Nutzung von KI-Tools immer drängender stellt: Wie verlässlich sind die Antworten von KI-Anwendungen im Rahmen medizinischer Recherchen? Denn anders als im privaten Umfeld geht es hier um die Versorgung und Sicherheit von Patientinnen und Patienten.

Um diesen hohen Qualitätsansprüchen im medizinischen Kontext gerecht zu werden, hat die Wissens- und Fortbildungsplattform AMBOSS einen spezialisierten KI-Chat für die medizinische Recherche entwickelt: den AMBOSS AI Mode. Anders als generische KI-Tools, die teilweise nicht-validierte oder veraltete Quellen nutzen, ist der AI Mode ein geschlossenes System. Er nutzt ausschließlich die leitliniengerechten, redaktionell geprüften Inhalte der AMBOSS-Wissensplattform und kondensiert diese zu präzisen Antworten inklusive direkter Quellenverweise [2]. Liegen zu einer spezifischen Fragestellung keine validierten Informationen vor, kommuniziert der AI Mode dies transparent, statt Mutmaßungen anzustellen.

Die Zuverlässigkeit des AMBOSS AI Mode und 30 anderer KI-Systeme wurde in der sog. NOHARM-Studie von Forschenden der Stanford University und der Harvard Medical School aus den USA untersucht. Anders als in vorherigen Studien, bei denen reines Faktenwissen oder standardisierte Prü-



fungsformate wie Multiple Choice-Fragen getestet wurden [3][4], konzentrierte sich die NOHARM-Studie auf echte Patientenfälle. Anhand von 100 realen Konsultationsprotokollen überprüften die Forschenden, wie sicher der Einsatz von KI in der Medizin wirklich ist [5].

Zentrales Ergebnis der NOHARM-Studie: AMBOSS AI Mode auf Platz 1

Laut der NOHARM-Studie liegt bei KI-gestützter Recherche das größte potenzielle Risiko für gefährliche klinische Fehler nicht in falschen, sondern in unvollständigen Informationen. Über drei Viertel der schweren Fehler von sowohl KI-Tools als auch Ärztinnen und Ärzten ohne KI-Unterstützung sind demnach auf fehlende Empfehlungen für diagnostische und therapeutische Maßnahmen oder mangelnde Warnhinweise zurückzuführen.

In der Gesamtwertung der Studie zur Sicherheit von KI in der Medizin erzielte die US-Version des AMBOSS AI Mode (LiSA 1.0) den 1. Platz. In der Kategorie „Completeness“ (Vollständigkeit klinisch notwendiger Maßnahmen) erreichte der KI-Chat von AMBOSS mit Abstand den höchsten Wert. LiSA 1.0 bildet auch im deutschsprachigen Raum die technische Grundlage für den AMBOSS AI Mode.

Der AMBOSS AI Mode etabliert sich als medizinisches Recherche-Tool

Im Januar 2026 wurde der AMBOSS AI Mode offiziell auch in Deutschland eingeführt. Seither steigen die Nutzungszahlen

Wie wird ein Heparinperfusor gesteuert?

AI Mode

Auf einen Blick

- Empfohlene Dosierung: Bolus 80 IE/kgKG, dann 18 IE/kgKG/h kontinuierlich AMBOSS-Kapitel
- Empfohlene Kontrolle: PTT oder Anti-Faktor-Xa-Aktivität, 1–2 h nach Beginn, anschließend alle 6–12 h AMBOSS-Kapitel
- Zielbereich: PTT 1,5–2,5 × Ausgangswert bzw. Anti-Faktor-Xa 0,3–0,7 IE/mL AMBOSS-Kapitel

Vorbereitung der Lösung

- Verdünnung: 12.500 IE oder 25.000 IE auf 50 mL NaCl 0,9% oder Glucose 5% → ergibt 250 IE/mL bzw. 500 IE/mL AMBOSS-Kapitel
- Beispiel: 80 kg-Person, 18 IE/kgKG/h → 1.440 IE/h; bei 250 IE/mL → 5,8 mL/h

Therapeutische Steuerung

Parameter	Ziel-/Maßnahme	Kontrollintervall	Empfohlene Dosisanpassung	Bemerkung
-----------	----------------	-------------------	---------------------------	-----------

Hintergrund: AMBOSS AI Mode

Ärztinnen und Ärzte können den AMBOSS AI Mode innerhalb der AMBOSS-Plattform ausprobieren. Er wurde entwickelt, um medizinisches Wissen noch schneller und gezielter zugänglich zu machen. Im Chat können klinische Fragen gestellt werden, um präzise Antworten zu erhalten: zusammengestellt aus relevanten AMBOSS-Inhalten, kontextualisiert und abgestimmt auf den jeweiligen beruflichen Hintergrund.

Weitere Informationen zum AMBOSS AI Mode: go.amboss.com/ki-sicherheit



stark an – besonders Fachärztinnen und Fachärzte nutzen den AI Mode im Alltag.

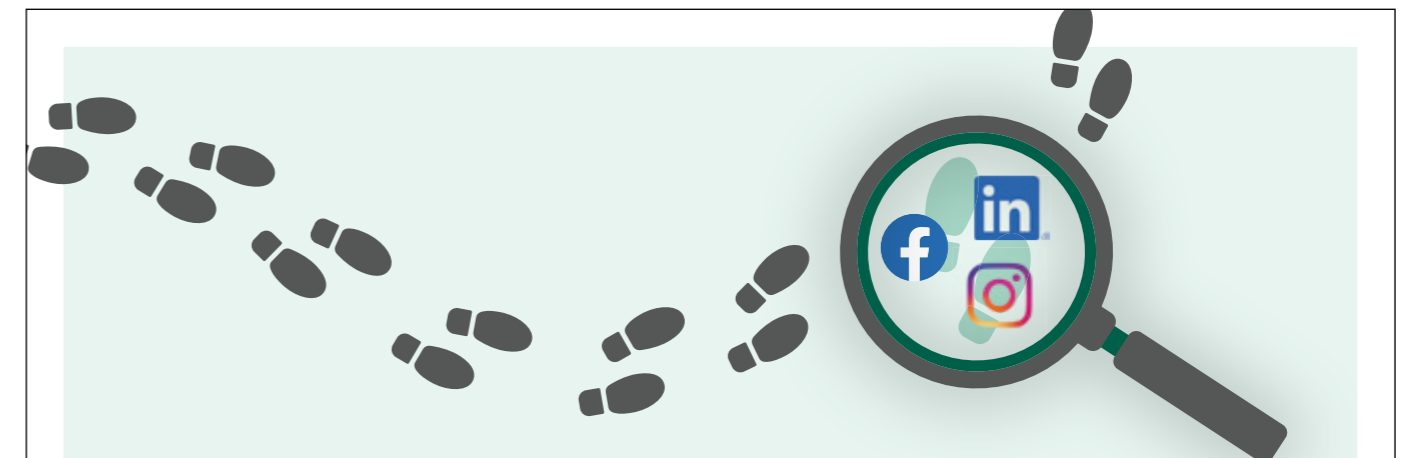
Die Auswertung der häufigsten Suchanfragen zeigt klare Schwerpunkte bei der medizinischen Recherche: Differenzialdiag-

nostik, Leitlinienempfehlungen zu Therapie und Diagnostik, Arzneimittelinformationen und Interpretationen diagnostischer Tests. Ein weiterer Trend ist im Suchverhalten erkennbar: Anstelle isolierter Begriffe werden

im Chat zunehmend konkrete Fragestellungen formuliert, was die Relevanz der abgegebenen Antworten erheblich steigert. Hierfür berücksichtigt der AI Mode sowohl den Kontext der Frage als auch die jeweilige Spezialisierung der Nutzerinnen und Nutzer, basierend auf deren Profileinstellungen.

Evidenz im Fokus bei der Quellenauswahl

Der AMBOSS AI Mode wird kontinuierlich weiterentwickelt. Fachliche Zuverlässigkeit und Evidenz stehen dabei im Vordergrund. Neben einer verbesserten Funktionalität sollen zusätzlich selektierte Quellen integriert werden, darunter renommierte Fachzeitschriften wie das New England Journal of Medicine (NEJM) sowie Leitlinien deutscher Fachgesellschaften.



FOLGEN SIE UNS AUF SOCIAL MEDIA!

Sie finden uns auf Instagram, Facebook und LinkedIn



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Quellen
 [1] Digital Health Report 2026: <https://info.doctolib.de/blog/digital-health-report-2026-die-wichtigsten-erkenntnisse/>
 [2] AMBOSS AI Mode: <https://www.amboss.com/de/ai-mode/>
 [3] Kung TH, Cheatham M, Medenilla A, Sillos C, De Leon L, Elepaño C, et al. (2023) Performance of ChatGPT on USMLE: Potential for AI-assisted medical education using large language models. PLOS Digit Health 2(2): e0000198. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000198>
 [4] Bicknell BT, Butler D, Whalen S, Ricks J, Dixon CJ, Clark AB, Spaedy O, Skelton A, Edupuganti N, Dzubinski L, Tate H, Dyess G, Lindeman B, Lehmann LS. ChatGPT-4 Omni Performance in USMLE Disciplines and Clinical Skills: Comparative Analysis. JMIR Med Educ 2024;10:e63430, doi: 10.2196/63430
 [5] NOHARM-Studie: <https://arxiv.org/abs/2512.01241>

Betriebliche Altersvorsorge Gut abgesichert im Alter

Angestellte Ärztinnen und Ärzte genießen über ihr Versorgungswerk eine gute Altersvorsorge. Doch um den Lebensstandard im Alter zu halten, braucht es meist mehr als das. Zusätzliche Altersvorsorge ist auch bei einer soliden Grundversorgung unverzichtbar, vor allem dann, wenn sie speziell auf die Bedürfnisse angestellter Ärztinnen und Ärzte zugeschnitten ist.

Attraktiv bleiben im Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte

Die Bedeutung der ambulanten Versorgung wird in den kommenden Jahren weiter zunehmen und damit der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten, die angestellt in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren arbeiten möchten. Gut ausgebildete Fachkräfte sind ein rares Gut. Ein faires Gehalt und zusätzliche Leistungen gewinnen bei der Arbeitgeberwahl zunehmend an Bedeutung. Wer heute qualifizierte Ärztinnen und Ärzte als Mitarbeitende gewinnen will, muss mehr bieten als ein gutes Gehalt. Eine betriebliche Altersvorsorge kann hier den Unterschied machen.

Wirtschaftlich sinnvoll für Praxis und Personal

Mit einer betrieblichen Altersvorsorge (bAV) ermöglichen niedergelassene Ärztinnen und Ärzten ihrem Personal – angestellten Ärztinnen und Ärzten sowie Medizinischen Fachangestellten – den Aufbau einer Zusatzrente für das Alter. So lassen sich nicht nur Steuern und Sozialabgaben sparen, sondern auch die Attraktivität von Praxisinhabern erhöhen.

Die arbeitgeberfinanzierte bAV ist dabei kein Pflichtangebot für den Praxisinhaber. Angestellte Ärztinnen und Ärzte können jedoch einen Teil ihres Gehalts zugunsten einer bAV umwandeln, kurz Entgeltumwandlung genannt. Sofern der Arbeitnehmer eine Entgeltumwandlung einrichten lässt, ist der Praxisinhaber nach dem Betriebsrentenstärkungsgesetz (BRSG) dazu verpflichtet, einen Zuschuss in Höhe von 15 Prozent auf den Entgeltbeitrag zu leisten. Das gilt jedoch nur, wenn der Arbeitgeber durch die Umwandlung seinerseits entsprechende Lohnnebenkosten spart.

Foto: Gettyimages



Gut abgesichert im Alter – eine betriebliche Altersvorsorge kann den Unterschied machen



Easy? Aber sicher!

Das Prinzip der betrieblichen Altersvorsorge ist so simpel wie lohnend für angestellte Ärztinnen und Ärzte: Ein Teil des Bruttogehalts wird direkt über den Arbeitgeber in eine betriebliche Altersvorsorge umgewandelt (Entgeltumwandlung). Besonders lohnend wird die Lösung durch das Kapitalwahlrecht (Einmalzahlung oder monatliche Rente) und die 3-fach Förderung:

- Mindestens 15 Prozent Arbeitgeberzuschuss
- Der eingezahlte Beitrag bleibt steuerfrei.
- Sozialversicherungsbeiträge fallen in der Regel nicht an.

Durch die 3-fach-Förderung bleibt der Nettoaufwand für angestellte Ärztinnen und Ärzte gering. Mit einem Minimum an finanziellem Aufwand lässt sich so ein Maximum an zusätzlicher Versorgungsleistung aufbauen.

Flexibel gestalten

Die Deutsche Ärzteversicherung, der Standesversicherer der akademischen Heilberufe bietet jetzt eine speziell für die

Bedürfnisse der angestellten Ärztinnen und Ärzte entwickelte moderne bAV-Lösung an, die bAV easyInvest. Sie passt sich den modernen Lebens- und Arbeitsmodellen an: Nicht nur der Rentenstart kann flexibel festgelegt werden, sondern auch die Art der Auszahlung. Zudem sind Zuzahlungen, Beitragsanpassungen oder Dynamiken – je nach finanziellem Spielraum – möglich. Bei Elternzeit oder bei einem Sabbatical kann der Vertrag unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden.

Sie möchten mehr zum Thema betriebliche Altersvorsorge erfahren oder sich beraten lassen? Sprechen Sie mit Ihrer Beraterin oder Ihrem Berater bei der Deutschen Ärzte Finanz. Sie erreichen uns über die E-Mail service@aerzte-finanz.de oder unter der Telefonnummer 0221-148 32323.

Weitere Informationen finden Sie hier: **bAV easyInvest: Die exklusive Altersvorsorge für angestellte Ärzt:innen | Deutsche Ärzteversicherung**



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, LinkedIn oder Instagram.

© best works/shutterstock.com

DIAGNOSE: NÜTZLICH



Hartmannbund
STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.



Medizin studieren ohne Noten-NC an der Adriaküste: Die Universität Rijeka (Kroatien) hat sogar deutsche Lehrkrankenhäuser!

Die Stadt Rijeka liegt rund eine Stunde südlich von Venedig und Triest an der Adria-Küste. Sie ist mit mehr als 120.000 Einwohnern die drittgrößte Stadt Kroatiens und befindet sich in der gleichnamigen Bucht, die das Nordende der inselreichen „Kvarner Bucht“ bildet. Als beliebtes Reiseziel, vor allem von Touristen aus Deutschland und Österreich, bietet Rijeka sowohl **zahlreiche kulturelle als auch landschaftliche Highlights**.

Rijeka ist von Deutschland aus gut zu erreichen; z. B. mit Lufthansa täglich über Venedig und Triest oder auch über den eigenen Flughafen in Rijeka, zu dem günstige Touristen-Chartergesellschaften von vielen deutschen Flughäfen fliegen. Er liegt auf der nur wenige Kilometer entfernten Insel Krk, die mit einer Brücke mit dem Festland verbunden ist.

Die Medizinische Fakultät der Universität Rijeka wurde 1955 gegründet und hat sich in den vergangenen sechs Jahrzehnten zu **einer der angesehensten medizinischen Fakultäten** im Adria-Raum entwickelt. Der kleine, aber feine internationale Studiengang Humanmedizin in der Adria-Kulturstadt Rijeka erfreut sich seit dem Start im Jahr 2017 großer Beliebtheit, vor allem bei deutschen Abiturienten. In Kleingruppen werden die Studenten individuell gefördert. Rund die Hälfte der Medizinstudenten im internationalen Studiengang kommt aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Das Studium in Rijeka erfolgt in englischer Sprache, die Lehre am Krankenbett in deutscher Sprache an deutschen Lehrkrankenhäusern. Eine Besonderheit ist, dass MediStart-Studenten ohne Zusatzgebühren im 4., 5. und 6. Studienjahr klinische Praktika und Studienzeiten jeweils über mehrere Monate hinweg in Deutschland verbringen können. Die Approbation ist EU-weit und somit auch in Deutschland anerkannt.

Neben der Qualität des Studiums und der hervorragenden Lernumgebung bietet die Universität Rijeka verschiedene sportliche und gesellschaftliche Aktivitäten der Studentenorganisationen an. Die angenehme mediterrane und mitteleuropäische Umgebung der Stadt rundet den Studienalltag ab.

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. Bei Studienwunschbeginn zum Herbst 2026 ist eine zeitnahe Beauftragung von MediStart, auch bereits vor dem Abitur, sinnvoll.



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.

Informationsblätter und Auftragsformulare können kostenfrei unter www.medistart.de sowie telefonisch (040) 413 436 60 angefordert werden. Es besteht außerdem die Möglichkeit zu einem kostenfreien telefonischem Info-Gespräch.

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



Fit für die Facharztprüfung: Protokolle, Seminare, Skripte

Der MEDI PROFESSIONAL Club unterstützt Ärztinnen & Ärzte mit kostenlosen Angeboten bei der Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Mitglieder profitieren von Prüfungsprotokollen, Onlineseminaren und kompakten Skripten.

Aus Erfahrung lernen: Über 7.000 Prüfungsprotokolle

Zusätzlich zu einer fundierten fachlichen Vorbereitung helfen insbesondere die Erfahrungen ehemaliger Prüfungsteilnehmer:innen. In der MEDI-LEARN-Datenbank stehen über 7.000 Prüfungsprotokolle zur Verfügung. Für den Zugriff genügt eine kostenlose Mitgliedschaft im Club sowie die Bereitschaft, nach der eigenen Prüfung ebenfalls ein Protokoll ein-

zureichen. So entsteht ein kontinuierlicher Austausch von Erfahrungen und wertvollen Tipps.

Fit für die Facharztprüfung: Online-Seminar

Wie präsentiere ich mein Wissen in der Facharztprüfung souverän und strukturiert? Antworten liefert das zweistündige Online-Seminar mit einem Experten von MEDI-LEARN. Das Seminar zeigt praxisnah, wie bereits erworbenes Wissen sinnvoll für die Prüfung aufbereitet werden kann. Themen sind z. B. Lernzeitplanung im Klinikalltag, Struktur und Gewichtung von Antworten sowie typische Prüfungssituationen. Ein Selbsttest mit Feedback unterstützt zusätzlich bei der Vorbereitung.



Wissen, was wichtig ist: Skripte zur Facharztprüfung

Der MEDI PROFESSIONAL Club bietet Skripte für wichtige Fachrichtungen wie Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Gynäkologie & Geburtshilfe, Gastroenterologie, Psychiatrie, Orthopädie & Unfallchirurgie, Kardiologie, Viszeralchirurgie und Neurologie. Die Skripte konzentrieren sich gezielt auf prüfungsrelevante Inhalte und häufige Fragestellungen. Klare Antwortschemata helfen dabei, Wissen strukturiert und sicher zu präsentieren.

Mach dich fit & melde dich kostenlos an: www.medi-learn.de/fit

Was bedeutet Multipolarität?

Wirtschaftliche Implikationen der Multipolarität

Die zunehmende Multipolarität verändert die globale Wirtschaft grundlegend. Während die internationale Ordnung nach dem Ende des Kalten Krieges lange Zeit stark von den USA geprägt war, treten heute mehrere wirtschaftliche und politische Machtzentren gleichzeitig auf. Neben den USA gewinnen insbesondere China, Europäische Union, Indien und andere aufstrebende Staaten zunehmend an Einfluss. Diese Entwicklung hat weitreichende wirtschaftliche Folgen für Unternehmen, Staaten und die Weltwirtschaft insgesamt.

Eine zentrale Auswirkung der Multipolarität ist der intensivere Wettbewerb zwischen den großen Wirtschaftsräumen. Staaten konkurrieren verstärkt um technologische Führungspositionen, Rohstoffe, Investitionen und Absatzmärkte. Besonders sichtbar wird dies in Bereichen wie künstlicher Intelligenz, Halbleitern, Energieversorgung oder Digitalisierung. Gleichzeitig führen geopolitische Spannungen häufiger zu Handelskonflikten, Sanktionen und Exportbeschränkungen. Dadurch wird die interna-

tionale Wirtschaft zunehmend politisiert. Darüber hinaus verändern sich globale Lieferketten und Handelsstrukturen. Viele Unternehmen versuchen, ihre Abhängigkeit von einzelnen Ländern zu reduzieren und Produktionsstandorte breiter zu verteilen. Strategien wie „Nearshoring“ oder „Friendshoring“ gewinnen an Bedeutung, um wirtschaftliche Risiken zu minimieren. Vor allem asiatische Staaten wie Vietnam oder Indien profitieren von Produktionsverlagerungen internationaler Konzerne.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die zunehmende Fragmentierung der Weltwirtschaft. In einer multipolaren Welt entstehen unterschiedliche politische und wirtschaftliche Machtblöcke mit eigenen Interessen, Standards und Technologien. Dies betrifft unter anderem digitale Infrastruktur, Datenschutz, Zahlungssysteme und technische Normen. Die Folge ist eine weniger einheitliche globale Wirtschaftsordnung, was internationale Zusammenarbeit erschweren kann. Gleichzeitig versuchen viele Staaten, ihre wirtschaftliche

Unabhängigkeit zu stärken. Die Abhängigkeit von einzelnen Handelspartnern wird zunehmend kritisch betrachtet. Deshalb investieren viele Länder stärker in nationale Schlüsselindustrien, Energieversorgung und technologische Eigenständigkeit. Diese Entwicklung kann zwar die wirtschaftliche Sicherheit erhöhen, führt jedoch häufig auch zu höheren Kosten und geringerer globaler Effizienz.

Zusammenfassend bedeutet Multipolarität für Unternehmen vor allem eine komplexere Planung. Politische Risiken spielen heute eine größere Rolle als früher. Unternehmen müssen geopolitische Entwicklungen stärker in ihre Investitions- und Produktionsentscheidungen einbeziehen. Gleichzeitig entstehen jedoch auch neue Chancen in aufstrebenden Märkten und Regionen.

Was bedeutet dies für Ihre Investments? Bei Fragen steht Ihnen Frau Jacqueline Krämer unter der Telefonnummer 00423 239 04 51 oder via Email, jacqueline.kraemer@sigmabank.com gerne zur Verfügung.



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

Medizinstudium

Lilian Ellerich
Tel.: 030 206208-25, E-Mail: medizinstudium@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)

Pauline Keilhold
Tel.: 030 206208-63

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)

Tel.: 030 206208-56



Kleinanzeigen für Mitglieder kostenlos*

FÄ/FA für Gynäkologie in Kirchberg im Rhein Hunsrück Kreis gesucht

Gesucht wird eine FÄ/ein FA für Gynäkologie zur Anstellung in Voll- oder Teilzeit. Möglichkeit für ambulante Operationen gegeben, OP mit 2 OP-Sälen mit großem Aufwachraum, eigener Instrumentenaufbereitung, Laparoskopie-Turm vorhanden. Die Tätigkeit bietet großes Potential, wie z. B. das Etablieren einer Zweigpraxis. Einstieg als Gesellschafter:in ins MVZ perspektivisch möglich aber nicht zwingend erforderlich. Wir freuen uns über ihre Bewerbung über: Verwaltung@coz-rh.de

Neurowerk EMG / NLG / EP Messplatz – voll funktionsfähig, Praxisgerät bis 12/2023

Zum Verkauf steht ein hochwertiger neurophysiologischer Messplatz (EMG / NLG / EP) der Firma Neurowerk (SIGMA Medizintechnik GmbH).

Zustand:

- bis 31.12.2023 regulär in neurologischer Praxis im Einsatz
- seit 2024 fachgerecht verpackt gelagert
- funktionsfähig bei letzter Nutzung
- letzte sicherheitstechnische Kontrolle (STK) am 19.04.2023 durchgeführt (Dokument vorhanden; keine Reparatur erforderlich)

System / Funktionen:

- EMG (Elektromyographie)
- NLG (Nervenleitgeschwindigkeit)
- evozierte Potenziale (VEP, AEP, SEP)
- Herzratenvariabilität (HRV) – lizenziert
- sympathischer Hautreflex (SSR) – lizenziert

Technische Basis:

- CE-zertifiziert (CE 0494)
- Konformitätsbescheinigung vorhanden (Baujahr 2016)
- Seriennummer dokumentiert

Besonderheiten:

- kein Leasingrückläufer, sondern aus eigener Praxis
- sofort einsatzfähig nach Installation
- ideal für Praxisgründung oder Erweiterung
- Kontakt zu ehemaligem Servicepartner kann vermittelt werden

Lieferumfang:

- Messplatz (Neurowerk EMG)
- Zubehör (nach Absprache / bitte konkretisieren)
- Konformitätsbescheinigung
- STK-Nachweis 04/2023

Preis: 5.900 € VB

Standort: Bitburg (Deutschland)

Versand oder Abholung nach Absprache möglich.

Kontakt: juergenrosen@icloud.com oder 0170/3823187

FÄ/FA für Chirurgie (Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie/ Orthopädie oder Viszeralchirurgie) in Anstellung für BAG im Rhein Hunsrück Kreis gesucht – operieren mit Rheinblick

Gesucht wird ein Chirurg/eine Chirurgin zur Anstellung mit Option zum späteren Einstieg als Gesellschafter:in für das Chirurgisch Orthopädische Zentrum Rhein Hunsrück. Aktuell wird neben den Hauptstandort in Simmern eine Zweigpraxis in Oberwesel betrieben. Die Eröffnung eines weiteren Standortes in Idar Oberstein ist geplant. In Idar Oberstein wird ein OP mit 2 OP-Sälen mit großem Aufwachraum, eigener Aufbereitungseinheit sowie 2 Arthroskopie- bzw. Laparoskopie-Türmen betrieben. Neben operativem Schwerpunkt wird auch ein großes konservatives Spektrum mit bildwandlergestützten Infiltrationen, Akupunktur und physikalischen Anwendungen geboten.

Bewerbungen bitte unter: verwaltung@coz-rh.de

Psychotherapeutische Praxis im Landkreis Osnabrück zum 1.7.2027 abzugeben

Gut etablierte psychotherapeutische Praxis in Bersenbrück, Landkreis Osnabrück aus Altersgründen zum 01.07.2027 abzugeben. Zentrale Lage, barrierefrei, Fahrstuhl, Apotheke im Haus. Interessenten melden sich bitte unter Betreff: Praxisabgabe über folgende Mailadresse: beuth-siegmond@osnanet.de

Praxisräume Allgemeinmedizin in Bad Füssing abzugeben

Praxisräume für Longevity Maßnahmen/Allgemeinmedizin in Bad Füssing abzugeben. Größe: ca. 130 m², Lage: Kurzone 1. Bei Interesse Kontakt unter Chiffre: 068463 an redaktion@hartmannbund.de

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

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:

Andreas Aumann (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

Ausschreibung

Jetzt für den Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes bewerben!

Auch in diesem Jahr, nun bereits schon zum 54. Mal, wird wieder der Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes verliehen. Geehrt werden mit diesem Preis Spiel- oder Fernsehfilme beziehungsweise Beiträge, die sich überzeugend mit aktuellen Themen und Herausforderungen des ärztlichen Handelns im Kontext der medizinischen Versorgung auseinandersetzen.

Im vergangenen Jahr wurde von der Fachjury die NDR-Story: „Hilfe, mein Krankenhaus stirbt! Was bringt die Reform?“ von der Filmemacherin Antje Büll ausgezeichnet. Wir würden uns freuen, wenn wir Interesse geweckt haben und Sie an der diesjährigen Ausschreibung zum „Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes“ teilnehmen möchten. Ab sofort haben Sie dazu die Möglichkeit! Alle Informationen finden Sie unter www.hartmannbund.de/filmpreis. Im September ermittelt eine mehrköpfige Jury aus allen Wettbewerbsbeiträgen den Sieger/die Siegerin. **Der Gewinner/die Gewinnerin des Film- und Fernsehpreises wird im Rahmen der Hauptversammlung des Hartmannbundes am 30. Oktober 2026 in Berlin bekanntgegeben und geehrt.**

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich am Wettbewerb beteiligen und sehen Ihren Einsendungen mit großer Spannung entgegen.



Im vergangenen Jahr hat Gabi Bauer (NDR) stellvertretend die Auszeichnung in Empfang genommen.

Hartmannbund-Akademie – Machen Sie sich fachlich fit!

Ob Fortbildung, Workshops oder praxisnahe Seminare – die Hartmannbund-Akademie unterstützt Sie dabei, Ihr Wissen aktuell zu halten und sich beruflich weiterzuentwickeln.

Flexibel. Relevant. Zukunftsorientiert.

Alle aktuellen Termine und Veranstaltungen finden Sie bequem über den QR-Code.



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](https://www.apobank.de)

Die beste Wahl für gesunde Finanzen.

