

03/2026



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin



**KEINE
GEWALT**

Wie Ärztinnen und Ärzte sich vor
Übergriffen schützen können



Besondere Vorteile
für Mitglieder im
Hartmannbund!

**Wir halten
Ihnen den
Rücken frei!**

Wenn Sie Ihre eigene Praxis planen, steht die Deutsche Ärzteversicherung hinter Ihnen – mit maßgeschneiderten Finanz-, Versicherungs- und Vorsorgelösungen.

Mit unserer **Niederlassungsberatung** können Sie Ihre Ideen umsetzen. **Wir begleiten Sie auf Ihrem Weg zur Existenzgründung** – von der Praxissuche über die Finanzierung bis hin zum passenden Absicherungskonzept.

So können Sie stets entspannt nach vorn blicken!

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

 **Deutsche
Ärzteversicherung**

Editorial



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

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wenn ein Streifenpolizist morgens zur Arbeit geht, dann weiß er, dass er im Dienst angegriffen werden könnte. Physische Gewalt erlebt er vielleicht nicht jeden Tag, aber sie gehört zu seinem Berufsrisiko. Das ist schlimm, aber für solche Fälle ist er ausgebildet. Für eine Ärztin oder einen Arzt, die Leiden lindern oder gar heilen und damit Menschen helfen, sollte Gewalt im Arbeitsalltag dagegen eigentlich kein Thema sein.

Ist es aber leider doch und deswegen berichten wir darüber in unserer Titelseite: Physische und verbale Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte ist leider längst kein Randphänomen der Notaufnahme an einem aufgeheizten Samstagabend mehr. Sie hat sich in die Hausarztpraxis, in den Bereitschaftsdienst, in den Pflegeheimflur und das Krankenhauswartezimmer eingeschlichen. Ich finde, wir Ärztinnen und Ärzte müssen dieser fatalen Entwicklung noch stärker die Stirn bieten, und zwar durch Prävention, Sanktion und im Zweifel auch Abschreckung.

Wir zeigen in diesem Heft, was Praxen, Kliniken und Ärztevertretungen heute schon tun, damit aus einer angespannten Situation möglichst kein gewalttätiger Vorfall wird. Und wenn doch, was betroffene Ärztinnen und Ärzte dann tun können. Gerade auch die Politik ist hier gefragt, damit Schutzkonzepte nicht an der Finanzierung scheitern. Apropos Politik: Wir haben in Berlin bekanntlich einen neuen Gesundheitsminister und damit die übliche Mischung aus Hoffnung und gesunder Skepsis, die uns als Verband nach einem Ministerwechsel begleitet. Ich sehe immerhin Hoffnung, weil Dr. Carsten Linnemann gelernter Ökonom ist und damit einen nüchternen, aber auch realistischen Blick auf die Reformen haben könnte. Das ist in politischen Hochzeiten von radikalen Populisten, Faktenverdrehern und Lautsprechern sicherlich eine nützliche Eigenschaft.

Der neue Bundesgesundheitsminister hat sich einiges vorgenommen und wir werden ihn – wie seine Vorgängerinnen und Vorgänger – an dem messen, was am Ende bei der Versorgung ankommt. Das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz, das noch unter der Vorgängerin verabschiedet wurde, haben wir kritisch begleitet. In der vertragsärztlichen Versorgung wird es sicher zu wirtschaftlich bedingten Einschränkungen kommen. Auch der Krankenhaussektor befindet sich in einer problematischen Finanzlage. Wir hoffen nun, dass der neue Bundesgesundheitsminister den Shift von einer reinen Spar- hin zu einer sinnvollen Strukturpolitik mit Einbindung der unverzichtbaren Expertise der ärztlichen Selbstverwaltung vornimmt. Gerade wenn es etwa um den Aufbau eines Primärversorgungssystems und den Einstieg in eine intelligente und wirksame Patientensteuerung geht, führt kein Weg an uns vorbei.

Ich wünsche Ihnen eine gute Lektüre

Herzlichst

Klaus Reinhardt

Dr. Klaus Reinhardt



Eigenverantwortung, Subsidiarität, Solidarität:

Zukunftsfähige Lösungen für ein stabiles Gesundheitswesen

Unser Gesundheitssystem steckt in einem Dilemma: Der medizinische Fortschritt und die damit verbundenen Chancen sind groß, doch die Ressourcen werden immer knapper. Spardruck, demografische und wirtschaftliche Herausforderungen sowie geopolitische Krisen sind die neue Realität. Wie kann die Gesundheitsversorgung der Zukunft aussehen? Wie kann der Ausgleich zwischen Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität gelingen? Darüber wollen wir mit Ihnen diskutieren.

Freitag, 30. Oktober 2026

- 10.00 Uhr

1. Eröffnung und Begrüßung
2. Feststellung der Beschlussfähigkeit
3. Rede des Vorsitzenden Dr. Klaus Reinhardt
- 11.00 Uhr

4. Eigenverantwortung, Subsidiarität, Solidarität: Zukunftsfähige Lösungen für ein stabiles Gesundheitswesen

Impulsreferat von Prof. Dr. Peter Dabrock, evangelischer Theologe
„Zu spät für Grabenkämpfe? Beweislasten in einer lernfähigen Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Eigenverantwortung“

Podiumsdiskussion / Diskussion im Plenum
„Eigenverantwortung, Subsidiarität, Solidarität: Zukunftsfähige Lösungen für ein stabiles Gesundheitswesen“
- 13.00 Uhr

Mittagspause
- 14.00 Uhr

5. Diskussion zur politischen Lage
- 15.00 Uhr

6. Resolutionen
- 17.00 Uhr

7. Vorführung des Gewinnerbeitrags „Film- und Fernsehpreis“ mit anschließender Preisverleihung

Samstag, 31. Oktober 2026

- 10.00 Uhr

8. Ehrungen
- Nur für Mitglieder

10.45 Uhr

9. Haushalt und Finanzen
9 a Genehmigung der Abrechnung des Haushalts- und Finanzplans 2025
9 b Entlastung des Vorstands
9 c Beschlussfassung über den Haushalts- und Finanzplan 2027

10. Mitgliederstatistik
11. Verhaltenskodex
- ggf. Fortführung Tagesordnungspunkt 6

bis 13.00 Uhr

12. Verschiedenes
- 13.00 Uhr

gemeinsames Mittagessen

Inhalt

Gewalt ist keine Ausnahme mehr
Wie Ärztinnen und Ärzte sich vor Übergriffen schützen können

In Kliniken und Praxen wird der Umgangston nicht nur rauer, es finden auch mehr Gewaltvorfälle statt. Immer häufiger werden Ärzt:innen, Pflegefachkräfte oder Medizinische Fachangestellte im Berufsalltag von Patient:innen oder deren Angehörigen angepöbelt, bedroht und sogar angegriffen. Doch es wird nach Lösungen gesucht, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten.

6



20

Ärzteverbände und Krankenkassen präferieren das geltende Recht
Fragwürdige Beschlüsse des Koalitionsausschusses zur Krankschreibung



22

Anreize für Leistungserbringende müssen auf ein Gatekeeping-System abgestimmt werden
Wertvolle Hinweise zur Einführung eines Primärarztsystems



23

Unterschiedlichste Akteure skizzieren einen Empfehlungsrahmen für das BMG
Nachhaltigkeitsstrategie für die anstehenden Strukturreformen im Gesundheitswesen



24

Die Ziele des geplanten Suizidpräventionsgesetzes scheinen so kaum realisierbar
Zu vage und unterfinanziert

26

Das geplante Digitalgesetz darf nicht zulasten der Versorgungsrealität gehen
Ärztliche Selbstverwaltung einbinden

27

Lehrangebote zur Digitalisierung und KI finden immer mehr Eingang ins Medizinstudium
Die Lücken nehmen ab

- 28 Service Kooperationspartner
- 36 Ansprechpartner
- 37 Kleinanzeigen
- 38 Impressum



Gewalt ist keine Ausnahme mehr

Wie Ärztinnen und Ärzte sich vor Übergriffen schützen können

In Kliniken und Praxen wird der Umgangston nicht nur rauer, es finden auch mehr Gewaltvorfälle statt. Immer häufiger werden Ärzt:innen, Pflegefachkräfte oder Medizinische Fachangestellte im Berufsalltag von Patient:innen oder deren Angehörigen angepöbelt, bedroht und sogar angegriffen. Doch es wird nach Lösungen gesucht, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten. Ein Überblick.

„Ich persönlich fülle meine „Gewalt“-Liste mit Punkten. Ist diese Liste gefüllt und es ändert sich nicht wirklich etwas im Sinne einer strafrechtlichen Verfolgung der Täter:innen, scheide ich aus der Versorgung aus.“ Dieser Satz beschreibt eindrücklich, was zurzeit viele beschäftigt. Formuliert wurde er als Freitextantwort in der Umfrage „Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte in M-V“, die von der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern im Oktober letzten Jahres vorgestellt wurde. Immer häufiger widerfährt Ärzt:innen, aber auch Pflegefachkräften und Medizinischen Fachangestellten, verbale oder körperliche Gewalt in ihrem Berufsalltag. Betroffen sind sowohl der ambulante als auch der stationäre Sektor. An der Umfrage aus Mecklenburg-Vorpommern nahmen 1086 berufstätige Ärzt:innen teil: 60 Prozent von ihnen gaben an, innerhalb eines Jahres Gewalt erlebt zu haben. 57 Prozent berichteten von psychischer, 19 Prozent von körperlicher Gewalt durch Patient:innen.

Vor allem im stationären Bereich war die Zahl körperlicher Übergriffe erschreckend hoch: 30 Prozent der Umfrageteilnehmer:innen hatten körperliche Übergriffe erfahren, 13 Prozent von ihnen gaben sogar Vorfälle von ausgeprägter körperlicher Gewalt wie Schlägen,

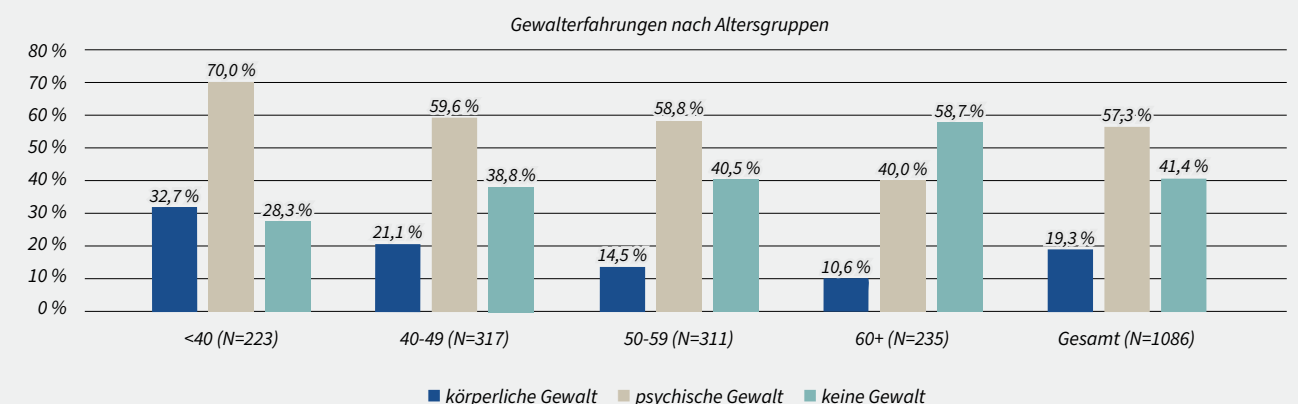
Tritten oder Würgen an. Was ebenfalls auffällt: Junge Ärzt:innen unter 40 Jahren sind besonders häufig betroffen, 70 Prozent dieser Altersgruppe hatten innerhalb des letzten Jahres Gewalt erlebt. Zudem berichteten Frauen häufiger von Gewaltvorfällen als Männer. Zwei Drittel der Befragten hatte außerdem innerhalb eines Jahres Gewalt gegen nichtärztliches medizinisches Personal erlebt. 40 Prozent der Befragten empfanden eine deutliche Zunahme von Gewalt für den Zeitraum der vergangenen fünf Jahre.

Dringender Handlungsbedarf

Die Situation ist für viele belastend. Befragte schrieben in Freitextantworten von eingestellten Strafverfahren, dem Wunsch nach mehr Unterstützung und Schutz durch Arbeitgeber und Behörden, von einem mangelnden Sicherheitsgefühl sowie von ihrer Furcht, allein in der Nacht zu Hausbesuchen zu fahren. Gefragt danach, welche Unterstützung Ärzt:innen sich wünschen würden, waren die beiden häufigsten Antworten: mehr Fortbildungen zur Gewaltprävention/Deeskalationstrainings (35,8 Prozent) und ein härteres und konsequenteres Vorgehen durch Strafverfolgungsbehörden

Die Altersgruppe der unter 40-Jährigen ist am meisten betroffen.

72 % der Teilnehmer haben innerhalb eines Jahres Gewalterfahrungen gemacht, 33 % körperliche und psychische.



Gründe für Gewaltvorfälle

Warum es im Rahmen ärztlicher Behandlungen zu eskalierenden Konflikten (in Notaufnahmen) kommen kann, hat vielfältige Ursachen. Im Grunde lassen sich zwei Faktoren ausmachen:

Patientenseitige Faktoren: Dazu zählen unter anderem psychiatrische Erkrankungen, Alkohol- und Drogenintoxikationen, Angst- oder Panikstörungen, Delir, Demenz oder Tumorerkrankungen. Medikamente können ebenfalls aggressives Verhalten auslösen. Es bedarf also einer Unterscheidung, ob Aggressionen bei Patient:innen durch Krankheiten ausgelöst werden, eine entsprechende medizinische Behandlung erforderlich macht oder ob das aggressive Verhalten nicht krankheitsbedingt ist. Besonders bei Notfällen spielen zudem existenzielle Ängste der Patient:innen und ihrer Angehörigen eine Rolle. Es wird auch eine gesteigerte Erwartungshaltung hinsichtlich der Behandlungsqualität oder der Dauer einzelner Maßnahmen als Grund genannt. Werden diese Erwartungen nicht erfüllt, kann dies Aggressionen auslösen.

Patientenunabhängige Faktoren: Organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen können zu einer Eskalation von Gewalt führen. So werden in Studien unzureichende Fortbildungsangebote zur Früherkennung von Aggressionsverhalten sowie fehlende oder unregelmäßige Deeskalationstrainings fürs Personal als Gründe angegeben. Weiterhin bestehen häufig Defizite im Sicherheitskonzept, beispielsweise durch unzureichend geschultes Sicherheitspersonal. Lange Wartezeiten, Unzufriedenheit mit der Versorgung und Verständigungsprobleme tragen ebenfalls zu eskalierenden Konflikten bei.

Im aktuellen Krankenhaus Barometer wurde der Frage nach den Gründen für verbale und körperliche Übergriffe ebenfalls nachgegangen. 376 Krankenhäuser nahmen an der Repräsentativbefragung teil. Als Ursachen für verbale oder körperliche Übergriffe wurden zumeist Gründe genannt, auf die Krankenhäuser oder ihre Mitarbeitenden keinen Einfluss nehmen konnten: der Zustand des Patienten, zum Beispiel aufgrund von Alkohol oder Schmerzen (77 Prozent), allgemeiner Respektverlust gegenüber Krankenhauspersonal (71 Prozent) und die spezielle Krankenhaus Klientel, die beispielsweise Erkrankungen wie Schizophrenie oder Demenz aufweist (65 Prozent). Erst an vierter Stelle wurden mit 41 Prozent (zu) lange Wartezeiten genannt. Je größer die Krankenhäuser sind, desto eher stimmen sie dieser Aussage zu. So betrachten 56 Prozent der Krankenhäuser ab 600 Betten lange Wartezeiten als Ursache von Übergriffen, aber nur 31 Prozent der Krankenhäuser mit bis zu 299 Betten.

(34,8 Prozent). Die Ergebnisse der Umfrage reihen sich ein in zahlreiche Studien und Umfragen, die bereits zum Thema erhoben wurden. Aggression und Gewalt sind im Gesundheitssystem längst keine Ausnahme mehr. Es besteht dringender Handlungsbedarf, damit Schutzmaßnahmen und Gewaltprävention besser greifen können. Denn ändert sich nichts, kann das die Gesundheitsversorgung in Zukunft zusätzlich gefährden: Gewalt hat nicht nur Folgen für die betroffenen Personen, die durch Übergriffe verletzt oder psychisch belastet werden und dadurch berufliche Einschränkungen oder sogar Arbeitsunfähigkeit erleiden können. Es hat genauso Folgen für Patient:innen, weil sich zum einen – wie wissenschaftlich untersucht wurde – nach Gewaltvorfällen die Qualität der ärztlichen Arbeit verändern kann. Das zeigt sich unter anderem durch eine veränderte Haltung gegenüber Patient:innen oder durch mehr Behandlungsfehler. Zum anderen sinkt durch das Erleben wiederholter Aggression oder Gewalt die Zufriedenheit mit dem Beruf, so dass Betroffene einen Wechsel des Arbeitsplatzes in Erwägung ziehen oder sich vorstellen können, ganz aus dem Beruf auszusteigen. In Zeiten des Fachkräftemangels ist das ein Aspekt, der ebenfalls von Bedeutung ist. Seit Jahren werden daher mehr Schutz- und Präventionskonzepte gefordert.

Tatort Notaufnahme

PD Dr. Tobias Lindner spricht von einem langsamen „Sich-Verabschieden aus dem Job“, das in seinem Arbeitsumfeld bereits vorgekommen ist: „Das Arbeitspensum ist sehr hoch und wenn man dann noch dazu angeschrien wird, fühlt man sich und seine Arbeit nicht respektiert und wertgeschätzt.“ Lindners Arbeitsplatz gilt im Gesundheitswesen als Hochrisikobereich für Gewaltvorfälle – die Notaufnahme: Er ist Stellvertretender Ärztlicher Leiter der

Notfall- und Akutmedizin am Campus Virchow-Klinikum der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Schon in seiner Habilitationsschrift von 2022 beschäftigte er sich mit dem Thema „Gewalt gegen in Notaufnahmen beschäftigtes Personal“, was ein internationales Problem ist. Wenn es funktioniert, hier durch bestimmte Maßnahmen Gewalt zu verhindern, kann das auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens als Vorlage dienen.

„Die primäre Prävention – also das Verhindern, dass Gewalt überhaupt entstehen kann – ist die Königsdisziplin“, sagt Lindner. Wird hier umfassend gehandelt, macht dies spätere Maßnahmen überflüssig oder reduziert sie zumindest. Das ist nicht nur positiv, weil die Gefahr, dass jemand durch einen Gewaltvorfall zu Schaden kommt, sehr viel geringer wird. Es wird auch weniger Zeit beziehungsweise Personal gebunden, eine eskalierte Situation wieder einzufangen und aggressive Patient:innen oder Angehörige zu beruhigen. „Das muss man auch im Sinne des Gesamtsystems der Patientenversorgung betrachten: Kommt es zu einem Zwischenfall, das wurde wissenschaftlich untersucht, verschlechtert sich die medizinische Versorgung danach für eine gewisse Zeit in der betroffenen Schicht. Der Vorfall bleibt im Kopf, man ist mental damit beschäftigt“, sagt Lindner. Eine angespannte Situation zu verhindern, hilft also mittelbar auch den anderen Patient:innen in der Notaufnahme.

Prävention und Deeskalation sind entscheidend

Nach Beispielen für hilfreiche Gewaltprävention generell gefragt, zählt Lindner eins nach dem anderen auf. Es sind viele Dinge, die ein Krankenhaus berücksichtigen kann, um die Notaufnahme zu einem sichereren Ort zu machen. Zum Beispiel sollten schon bei der Planung der Notaufnahme Fluchtwege mitgedacht werden. Ebenso ist die Warteraumgestaltung nicht zu vernachlässigen –

ist es im Wartebereich zugig, wie angenehm ist die Beleuchtung? Haben wartende Menschen die Möglichkeit, sich Essen oder Trinken zu besorgen? Werden sie mit Informationen zur Wartezeit und zum weiteren Fortgang versorgt? Gibt es WLAN, um sich die Zeit zu vertreiben? Der Kern der Prävention ist für Lindner jedoch die Schulung von Mitarbeitenden: „Gewalt sollte nicht Teil des Jobs sein. Aber ich muss mich trotzdem damit professionell auseinandersetzen. Ich darf – auch persönliche – Angriffe nicht auf mich beziehen. Das ist die Voraussetzung, um adäquat reagieren zu können und resilient zu sein.“ Denn Studien belegen, dass Mitarbeitende in Notaufnahmen unerfahren darin sind, Konfrontationen rechtzeitig zu erkennen oder zu interpretieren. Gleichzeitig mangelt es immer wieder an kommunikativen Fähigkeiten. Dadurch spielt medizinisches Personal häufig unbewusst einen Part in der Eskalationsspirale einer Situation. Deshalb setzt Lindner auf Deeskalationstrainings. 2012 wurde an der Charité ein Deeskalationsmanagement etabliert, Tobias Lindner war Teil des dafür verantwortlichen Projektteams. Mittlerweile werden alle festen Mitarbeitenden der Notaufnahme entsprechend ausgebildet.

Seit 1999 ist er als Arzt im Virchow-Klinikum tätig. Seitdem hat sich die Arbeit in der Notaufnahme verändert. Lautete früher die Devise „Alle Türen müssen offen sein“, ist davon heute nichts mehr

zu sehen. Die Notaufnahme wird hermetisch abgeriegelt, ohne Transponder gelangt man nicht mehr in den Bereich. Auf den Eingangsbereich gerichtete Kameras laufen nonstop. Ein Plakat an der Wand zeigt die Abläufe der Notfallversorgung, um Patient:innen aufzuklären, wie es zu längeren Wartezeiten kommen kann. Glasflaschen wurden gegen Plastikflaschen ausgetauscht, damit aggressive Personen keine gefährliche Waffe zur Hand haben. Und falls es doch zu gewalttätigen Übergriffen kommt, haben Pflegekräfte einen Notrufbutton am Telefon. Ein hausinterner Sicherheitsdienstmitarbeiter ist zu besonders gewaltträchtigen Zeiten fest in der Notaufnahme stationiert beziehungsweise bestreift diese häufiger. Und mit der Polizei gibt es feste Stichwörter und Absprachen.

„Die primäre Prävention – also das Verhindern, dass Gewalt überhaupt entstehen kann – ist die Königsdisziplin.“

Ungenügende Steuerung schürt Konflikte

Verändert hat sich in den Jahren, laut Lindner, vor allem ein Faktor, der Gewalt in der Notaufnahme begünstigt – aber nicht selbst vom Krankenhaus selbst zu beeinflussen ist: Es suchen heute mehr Menschen in der Notaufnahme Hilfe, die dort eigentlich nicht behandelt werden müssten. „Diese Inanspruchnahme ohne entsprechende Anpassung der Ressourcen führt zu langen Wartezeiten. Das gab es früher nicht in diesem Ausmaß. Die ungenügende Lenkung im Gesundheitssystem ist heute eine der Grundursachen

Anzeige

GOÄneu

DIE SICHERHEIT

DER ABRECHNUNG BLEIBT!

Mit dem aktualisierten Entwurf rückt die GOÄneu einen entscheidenden Schritt näher. Jetzt kommt es darauf an, die Veränderungen frühzeitig zu verstehen und in die Praxis zu übertragen. Mit unserer Erfahrung, umfangreichen Datenanalyse und fachgruppenspezifischen Expertise unterstützen wir Sie dabei, die Herausforderungen sicher zu meistern.

Entdecken Sie die Systematik der GOÄneu:

- » Präsenz-Veranstaltungen mit praxisnahen Einblicken
- » Online-Experten-Talks
- » Fachgruppen-Handouts mit typischen Behandlungsfällen



Blieben Sie informiert!
ihre-pvs.de/goaeneu



PVS holding

ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN



Gewaltprävention

Schutzmaßnahmen sollten nach dem TOP-Prinzip organisiert werden. Technische Maßnahmen (zum Beispiel zugangsgesicherte Aufenthalts- und Behandlungsräume, Barrieren am Empfangstresen, angenehm gestalteter Wartebereich) sollten vor organisatorischen Maßnahmen (unter anderem optimiertes Wartezeitenmanagement, Sicherheitsdienst einsetzen, Konsequenzen wie Hausverbote nach Gewaltvorfällen ziehen) und diese wiederum vor personenbezogenen Maßnahmen (Deeskalationstrainings) priorisiert werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin veröffentlichte im Dezember 2025 ein Positionspapier über „Gewalt gegen medizinisches Personal in Notaufnahmen und auf Intensivstationen“. Darin wird festgestellt, dass umfassende Maßnahmen zur Gewaltprävention wie der Einsatz von Sicherheitspersonal, gezielte Schulungen, Unterstützungsangebote sowie Investitionen in Alarmierungs- und Videoüberwachungssysteme dringend erforderlich sind. Allerdings werden derartige Kosten in der aktuellen Finanzierung nicht berücksichtigt.



für das Entstehen von Gewalt“, schlussfolgert Lindner. Es braucht Versorgungsstrukturen, die verlässlich und erreichbar sind und Patient:innen müssen zu dem für sie und ihr medizinisches Problem passenden medizinischen Angebot gelenkt werden. Solange das nicht ausreichend der Fall ist, führen überlastete Notaufnahmen weiterhin zu Überforderung auf allen Seiten. Personalmangel und damit verbundener Stress machen es Mitarbeitenden zusätzlich schwer, mit ruhigem Kopf deeskalierend zu arbeiten.

Ein anderer Weg wird mit dem Referentenentwurf „Stärkung des strafrechtlichen Schutzes des Gemeinwesens“ verfolgt. Das Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz hatte diesen Ende Dezember 2025 vorgelegt. Ziel ist es, Ärzt:innen sowie Angehörige anderer Heilberufe und ihre Mitarbeitenden besser vor Gewalt zu schützen. Geplant ist, die Regelung der besonderen Strafvorschriften zum Schutz von Einsatz- und Rettungskräften durch einen neuen Paragraf 116 des Strafgesetzbuches auf sie auszuweiten. Bislang wurden nur Rettungskräfte und Notärzte als medizinische Berufsgruppen berücksichtigt, künftig soll das auch für Praxisteams gelten. Der Referentenentwurf sieht zudem höhere Strafrahen für Angriffe auf besonders schutzwürdige Personen vor. Sollten Angehörige eines Heilberufs oder ihre Mitarbeitenden bei ihrer berufli-



Dr. Carsten Linnemann

„ Wer in solchen sensiblen Bereichen Menschen angreift, erfährt eine Null-Toleranz-Politik des Staates. “

chen Tätigkeit durch Gewalt oder Drohung mit Gewalt behindert werden, kann das eine Freiheitsstrafe von drei Monaten bis fünf Jahren nach sich ziehen. Bei einem tätlichen Angriff sollen es sechs Monate bis fünf Jahre Freiheitsstrafe sein.

Härtere Strafen alleine genügen nicht

Die Reaktionen darauf fallen unterschiedlich aus. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt diesen Schritt. Auch die Bundesärztekammer „unterstützt dieses Vorhaben ausdrücklich“. Weist in ihrer Stellungnahme aber darauf hin, dass die Strafverschärfung alleine nicht genüge. Straftaten gegen die betroffenen Personengruppen müssten konsequent verfolgt und aufgeklärt werden. Eine schnelle Strafverfolgung sowie ausreichend personelle und materielle Ressourcen bei Polizei und Justiz werden ebenfalls als Voraussetzung dafür genannt, um Täter:innen zur Rechenschaft zu ziehen und potenzielle Angreifer:innen abzuschrecken. Auch sollten übergreifende Meldesysteme für Angriffe auf Einsatzkräfte und medizinisches Personal etabliert werden. „Anderenfalls bleiben die vorgesehenen Strafverschärfungen allenfalls symbolischer Natur“, heißt es. Die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands (BAND) gibt zu bedenken, dass ein präventiver Effekt einer schärferen Strafordrohung nur in begrenztem Umfang eintreten werden – weil ein großer Teil der Übergriffe durch Personen erfolge, die unter Alkohol- und Drogeneinfluss stehen. BAND plädiert deshalb zusätzlich für Förderprogramme zur Gewaltprävention, zum Beispiel Deeskalationstrainings. Außerdem sollten medizinische Einrichtungen beispielsweise über Schutzräume verfügen.

Durchgehend ablehnend äußern sich in ihren Stellungnahmen hingegen juristische Fachleute: So ordnet beispielsweise der Deutsche Anwaltsverein (DAV) die vorgesehenen Änderungen kritisch ein und hält diese in wesentlichen Teilen weder für erforderlich noch für geeignet, den angestrebten Zweck – den besseren Schutz medizinischer Berufsgruppen – zu erreichen. Der DAV bezieht sich auf kriminologische Erkenntnisse, die seit Langem zeigen, dass die Abschreckungswirkung höherer Strafordrohungen begrenzt ist – insbesondere bei Taten, die aus affektiven, impulsiven oder psychischen Ausnahmesituationen heraus begangen werden. Der DAV spricht sich stattdessen ebenfalls nachdrücklich für eine Stärkung präventiver Maßnahmen aus. Das Urteil der Bundesrechtsanwaltskammer fällt verheerend aus: „Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen verlieren sich in wesentlichen Teilen in reiner Symbolpolitik.“ In ihrer Stellungnahme wird zudem in Zweifel gezogen, ob die Onlinebefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, auf die sich

Bodycams im Klinikum Dortmund

Weil bundesweit eine Zunahme von Aggression und Übergriffen gegenüber medizinischem Personal beobachtet wurde, hatte sich das Klinikum Dortmund als erstes deutsches Krankenhaus im vergangenen Jahr dazu entschieden, Bodycams testweise in den besonders von Gewaltvorfällen belasteten Notaufnahmen einzuführen. In einer dreimonatigen Pilotphase sollte untersucht werden, ob die tragbaren Kameras die Mitarbeitenden in Konfliktsituationen im Sinne der Deeskalation besser schützen können und zugleich präventiv wirksam sind. Das Vorhaben sorgte in ganz Deutschland für großes Interesse. Im März begann die Testphase, mittlerweile ist sie abgeschlossen.

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass die Bodycams ihre Wirkung durch ihre Präsenz entfalten, wie das Klinikum Dortmund auf Nachfrage mitteilte. In einer sechswöchigen Erhebungsphase wurden durch das Androhen oder Einschalten der Kameras 290 Situationen entschärft, durchschnittlich sind das sieben Fälle täglich. In der überwiegenden Anzahl der Fälle waren keine weiterführenden Maßnahmen wie Hausverbote oder Strafanzeigen erforderlich, weil die Kameras zur Deeskalation beitrugen. Im Laufe der Testphase wurden rund zehn Fälle statistisch erfasst, ausgewertet und mit weiteren Maßnahmen belegt, heißt es aus der Pressestelle des Klinikums Dortmund. Die Mitarbeitenden nutzten sie freiwillig. Sie berichteten, dass sie sich durch die Bodycams sicherer fühlten. Am Konzept für den Einsatz der Bodycams wurde im Vorfeld lange gefeilt, um datenschutzrechtlichen Vorgaben zu entsprechen. Eingesetzt werden dürfen die Kameras ausschließlich in Konfliktsituationen, die sich erkennbar zuspitzen und in denen eine Gefährdung der betroffenen Mitarbeitenden nicht mehr ausgeschlossen werden kann. Die Aufzeichnung wird erst gestartet, nachdem das Gegenüber darauf hingewiesen wurde. Außerdem verfügen die Kameras über einen integrierten Notruftknopf, über den in kritischen Situationen schnell Unterstützung angefordert werden kann. Das aufgezeichnete Videomaterial kann nur von wenigen befugten Personen gesichtet werden. Die Aufnahmen werden ausschließlich geprüft, wenn ein Vorfall über ein entsprechendes Meldeformular dokumentiert wurde und können dann im Ernstfall als Beweismaterial gesichert werden. Andernfalls werden die Daten automatisch gelöscht. Die Bodycams werden als sinnvolle Ergänzung eines umfassenden Schutzkonzepts betrachtet, zu dem unter anderem ein strukturiertes Zugangssystem, der Einsatz eines Sicherheitsdienstes sowie Deeskalationstrainings gehören. Auch bauliche und organisatorische Maßnahmen zählen dazu. Der Einsatz der Kameras soll keine der übrigen Maßnahmen ersetzen. Aufgrund der positiven Erfahrungen der ersten Testphase wird das Pilotprojekt in den vier Notaufnahmen des Klinikums fortgesetzt. Eine Ausweitung auf weitere Bereiche werde in den kommenden Wochen und Monaten – unter Berücksichtigung und Weiterentwicklung des Datenschutzkonzeptes – geprüft.

der Referentenentwurf bezieht, eine ausreichend belastbare empirische Grundlage für eine Neuregelung bietet. Der Deutsche Richterbund spricht von „überwiegend kosmetischen“ Verschärfungen des Strafrechts, die nicht im besseren Schutz von Menschen resultieren werden. Das sei nur durch eine Stärkung von Polizei, Staatsanwaltschaften und Gerichten zu erreichen, um eine konsequente und zügige Aufklärung und zeitnahe Sanktionierungen zu ermöglichen. Dieser Punkt werde allerdings nicht im Referentenentwurf aufgenommen.

Bundesgesundheitsminister Linnemann will Schnellverfahren

Gerade erst brachte Carsten Linnemann beschleunigte Verfahren ins Spiel, so dass Gewalttäter:innen möglichst nach wenigen Tagen oder Wochen verurteilt werden – ohne allerdings näher ins Detail zu gehen, wie das umgesetzt werden sollte. In seinem ersten Interview als Bundesgesundheitsminister mit der BILD-Zeitung forderte er Ende August, dass der Gesetzesentwurf schnell durch den Bundestag kommen müsse. „Wer in solchen sensiblen Bereichen Menschen angreift, erfährt eine Null-Toleranz-Politik des Staates“, gab Linnemann zu Wort. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt den Vorstoß. „Die Beschäftigten der Kliniken resignieren heute viel zu oft und verzichten nach Übergriffen häufig gleich auf Anzeigen, da sie langwierige Bürokratie befürchten, die doch nur zu überlangen oder gleich eingestellten Verfahren führt“, erklärt DKG-Vorstandsvorsitzender Dr. Gerald Gaß. Zudem müssten Straftäter einen zeitlichen Zusammenhang zwischen ihrer Tat und der Verurteilung spüren. Zugleich fordert Gaß, dass Gewalttaten auch spürbare Konsequenzen haben müssen. Inwieweit das durch eine Änderung des Strafgesetzbuches herbeigeführt wird, bleibt abzuwarten. Der Entwurf befindet sich im laufenden Verfahren.



Bitte melden!

Noch immer ist die Dunkelziffer bei Gewaltvorfällen gegen Ärztinnen und Ärzte groß. Neue Meldetools machen es den Betroffenen aber zunehmend leichter

In zahlreichen Umfragen und Studien wird das Thema „Gewalt gegen Ärzte“ untersucht. Doch die dort erhobenen Zahlen decken nicht die tatsächlichen Vorfälle von verbaler und körperlicher Gewalt ab. Es wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen. Denn längst nicht alle Übergriffe werden gemeldet und es existiert keine flächendeckende, einheitliche und systematische Erfassung für Gewalt gegen medizinisches Personal. Das soll sich ändern – um mehr über das Ausmaß der Gewalt gegenüber Ärzt:innen zu erfahren und um wirkungsvolle Maßnahmen zum Schutz und zur Nachsorge ergreifen zu können.



Fundierte Fakten zu schaffen – darum geht es der Landesärztekammer Hessen, wenn es um Gewalt gegen medizinisches Personal geht. Zwar zeigen viele Umfragen, dass Gewalt in Krankenhäusern und Praxen ein zunehmendes Problem ist. Auch das aktuelle Krankenhaus Barometer 2025, das vom Deutschen Krankenhausinstitut herausgegeben wird, bestätigte diesen Trend. An der Befragung nahmen 376 Krankenhäuser teil. Zwei Drittel gaben an, dass die Zahl der körperlichen Übergriffe in den vergangenen fünf Jahren deutlich (24 Prozent) oder mäßig (42 Prozent) gestiegen ist. Es gibt hier also ein Problem, das adressiert werden muss. Gleichzeitig ist die Suche nach Lösungen nicht einfach. Denn Gewaltereignisse im Gesundheitswesen werden in Deutschland nicht systematisch erfasst. In vielen Kliniken gibt es kein einheitliches Vorgehen, wenn Beschäftigte verbal oder körperlich angegriffen werden. Daten dazu werden in vielen Kliniken nicht oder nur teilweise systematisch erhoben. Was auch damit zusammenhängt, dass viele Vorfälle von den Beschäftigten nicht gemeldet werden. Weil zum Beispiel verbale Gewalt mittlerweile fast schon zu ihrem Alltag gehört und als Berufsrisiko akzeptiert wird.

Auch außerhalb von Gesundheitseinrichtungen hat sich eine lückenlose und zentrale Erhebung noch nicht durchgesetzt. Diese ist aber erforderlich, um das Ausmaß dieser Problematik richtig abschätzen zu können. Wie sehr hat sich die Situation in den vergangenen Jahren tatsächlich verschärft? Was sind die Auslöser dafür und was kann präventiv gegen Gewalt unternommen werden? Für all diese Fragen braucht es belastbare Zahlen. So gibt es beispielsweise zwar sehr viele Präventionsmaßnahmen, die in Praxen und Krankenhäusern schon im Einsatz sind. Doch wissenschaftliche Evidenz, welche davon wie wirksam ist, steht noch aus.

LÄK Hessen ist mit Meldebogen Vorreiter

Die Landesärztekammer Hessen ruft deshalb Ärzt:innen aus allen Bundesländern und Fachgebieten auf, Gewaltvorfälle konsequent zu melden. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie diese selbst oder im Team erlebt haben. Als erste Landesärztekammer bundesweit hat sie dafür den Meldebogen „Gewalt gegen Ärzteschaft und Team“ entwickelt (www.laekh.de/gewalt-meldebogen). Unkompliziert und in wenigen Klicks kann online ein Fragebogen ausgefüllt werden. Hintergründe zu einem Gewaltvorfall und zur meldenden Person – die aber anonym bleibt – werden abgefragt. Unter anderem, in welchem Bundesland und in welchem Fachbereich die be-

troffene Person tätig ist, wann sich der Vorfall ereignete und welche Form aggressiven Verhaltens erlebt wurde. Details, von wem der Übergriff ausging und gegen wen er sich richtete sind ebenfalls anzugeben und können in einem Freitextfeld detaillierter beschrieben werden. Interessant ist die Frage, ob man nach dem Vorfall aktiv geworden ist. Wurde zum Beispiel eine Strafanzeige erstattet oder wurden Vorgesetzte informiert? Denn das gibt Rückschlüsse darauf, wie groß das Dunkelfeld sein könnte.

Die Landesärztekammer Hessen orientierte sich bei ihrem Meldebogen an Frankreich. Dort wird mit dem „Observatoire de la sécurité des médecins“ vom Nationalen Rat der französischen Ärztekammer eine offizielle Meldestelle für Gewalt gegen Ärzt:innen betrieben. Betroffene können mit Namensangabe einen formellen Meldebogen über das Portal bei ihrer zuständigen Ärztekammer einreichen, um institutionelle Unterstützung zu erhalten. 2019 ging der Meldebogen auf der Website der Landesärztekammer Hessen online. Seitdem sind bis Anfang August dieses Jahres 613 Meldungen eingegangen, wie auf Anfrage mitgeteilt wird. Anfangs wenig bekannt, etabliert sich das Angebot mittlerweile immer mehr und es werden immer mehr Vorfälle gemeldet. Wurden im gesamte Jahr 2025 insgesamt 96 Meldungen verzeichnet, waren es in diesem Jahr

bis Anfang August bereits 132 Meldungen. Der Meldebogen kann bundesweit genutzt werden und tatsächlich sind bisher auch aus allen Bundesländern – bis auf Saarland und Sachsen-Anhalt – Daten erhoben worden. Zudem sind die Landesärztekammern Baden-Württemberg und Brandenburg eine Kooperation mit der Landesärztekammer Hessen eingegangen und haben jeweils auf ihren eigenen Websites den Meldebogen eingeführt.

Die meisten Meldungen kommen aus der Allgemeinmedizin

Aus den bisherigen Daten können bereits einige Schlüsse gezogen werden: 72 Prozent der Meldungen kommen aus dem niedergelassenen Bereich. „Spitzenreiter unter den freiwilligen Meldungen ist die Allgemeinmedizin, gefolgt von der Psychiatrie und Psychotherapie“, fasst die Landesärztekammer Hessen zusammen. Wie in zahlreichen Studien zum Thema überwiegen auch hier Übergriffe verbaler Gewalt. In 74 Prozent der Fälle wurde von Beleidigungen und Beschimpfungen berichtet, Bedrohungen machten 64 Prozent der Meldungen aus. In 84 Prozent der Fälle gingen die Übergriffe überwiegend von Patient:innen aus. Bei Angehörigen waren es 31 Prozent. Am häufigsten, in 77 Prozent der Fälle, richtete sich die Gewalt persönlich gegen die meldenden Ärzt:innen. Gewalt gegen

Warum Statistiken nicht immer aussagekräftig sind

Um einen besseren Überblick über das Ausmaß der Gewalt im Gesundheitswesen und potenzielle Sicherheitslücken zu erhalten, soll Gewalt gegen Gesundheitspersonal künftig gesondert in der polizeilichen Kriminalstatistik aufgeführt werden. Diesen Vorschlag machte der Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen, Herbert Reul, Mitte Juni. Die Innenminister der Länder einigten sich darauf bei der Innenministerkonferenz. Mit der Umsetzung ist nun das Bundesinnenministerium beauftragt. Bislang werden die Praxis oder das Krankenhaus als Tatort und die berufliche Rolle des Gewaltopfers in der polizeilichen Kriminalitätsstatistik nicht extra hervorgehoben. Es waren somit keine Rückschlüsse darauf möglich, welche Gewalttaten gegen medizinisches Personal gerichtet waren und wie häufig diese vorkommen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung befürwortete diesen Vorstoß und appellierte an alle Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, Gewalttaten oder andere Übergriffe unbedingt zur Anzeige zu bringen. „Nur so tauchen die Fälle in der Kriminalitätsstatistik auf“, wird KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen zitiert. Tatsächlich lässt sich derzeit die Lage statistisch nur schwer abbilden. Nach Gewaltvorfällen – vor allem, wenn es sich um verbale handelt – folgen im Gesundheitswesen sehr oft keine Strafanzeigen. Darauf deuten immer wieder Umfragen zum Thema hin. Als ein Grund wird unter anderem die hohe berufliche Belastung von Ärzt:innen genannt. Bürokratischer Mehraufwand wird befürchtet, fehlende strafrechtliche Konsequenzen für die Gewalttäter:innen ebenso. Von einer Anzeige wird deshalb häufig abgesehen. Ein weiterer Grund, warum Gewaltvorfälle nicht angezeigt werden: Sie liegen unterhalb der Grenze der Strafbewehrung. Auch fehlende Unterstützung durch Arbeitgeber:innen und Vorgesetzte hält Betroffene davon ab, nach einem Übergriff entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. In den Statistiken der Unfallversicherungsträger wird die Situation ebenfalls nur unvollständig abgebildet. Gewalttätige Übergriffe bei der Arbeit können auch als Arbeitsunfälle gezählt werden. Zwar führt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – der Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallkassen – in ihrer Statistik zum Arbeitsunfallgeschehen den themenbezogenen Schwerpunkt „Einwirkungen durch Gewalt, Angriff, Bedrohung, Überraschung“, doch nur ein kleiner Teil der Gewaltvorfälle im Gesundheitswesen führt direkt in die Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen und wird damit überhaupt erst statistisch erfasst. Damit wird nicht die gesamte Bandbreite der Übergriffe erfasst, die Ärzt:innen in ihrem Beruf erleben. Mögliche psychische Folgen, die aus einem Übergriff resultieren, können erst später zu Krankheitsfällen führen und werden vielleicht gar nicht mehr in den Zusammenhang mit der Gewalterfahrung gebracht. Welche gesundheitlichen Auswirkungen Gewalt gegen Ärzt:innen haben können, ist somit nicht immer greifbar.



Mitarbeitende machte 54 Prozent aus. Gewalt gegenüber ärztlichen Kolleg:innen oder gegen die eigenen Vorgesetzten wurde in 14 Prozent beziehungsweise 3 Prozent der Fälle gemeldet.

Nach einem Gewaltvorfall wurde in 56 Prozent der Fälle aktiv gehandelt, 21 Prozent erstatteten eine Strafanzeige. „Das bedeutet, dass im Gesamtkontext 12 Prozent aller Melder Strafanzeige erstattet haben. Um das Ausmaß an Gewalt gegen Ärzteschaft und Mitarbeitende transparenter zu machen, erscheint es ratsam und wichtig, dass sämtliche Formen von Gewalt nicht hingenommen werden und nach einem Vorfall unverzüglich eine Strafanzeige erfolgt“, betont Peter Böhnel, Leiter der Stabsstelle Kommunikation der Landesärztekammer Hessen. Die bisherigen Ergebnisse des Meldebogens zeigten einen dringenden Bedarf, dem Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht in der Ärzteschaft sowie beim medizinischen Personal entgegenzuwirken. Insbesondere Präventionsmaßnahmen seien für das medizinische Personal äußerst hilfreich. Daher wurden auf Grundlage der gesammelten Erkenntnisse von der Landesärztekammer Hessen Fortbildungsangebote entwickelt. Seit 2025 werden sie angeboten, um das Wissen und die Fähigkeiten des medizinischen Personals im Umgang mit aggressiven Vorfällen zu erweitern. Außerdem soll das Angebot langfristig dazu beitragen, „eine Kultur der Gewaltprävention im medizinischen Sektor zu etablieren“.

BÄK-Meldeportal am Start

Die Bundesärztekammer beschäftigt sich ebenfalls damit, eine niedrigschwellige Online-Meldestelle zu schaffen, über die Vorfälle systematisch erfasst und anonym ausgewertet werden können. „3G CIRS“ heißt das Meldesystem, das aktuell konzipiert wird. „3G“ steht dabei für Gewalt gegenüber Gesundheitspersonal. Auch bei diesem System sollen Informationen zum Hintergrund des Gewaltvorfalls gesammelt werden. Unter anderem werden Anga-

ben zum Ort des Vorfalls, zur Schwere der Verletzung und zu den betrieblichen Auswirkungen abgefragt.

Der Prototyp von 3G-CIRS wurde bereits im Mai beim Deutschen Ärztetag vorgestellt. „Sicherheit beginnt mit einem Klick“ ist bei der Demoversion zu lesen. Und: „Mit Ihrer Meldung leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheit im Gesundheitswesen.“ Die Meldung selbst ist nicht zeitaufwändig. Aber das Portal bietet noch weitere Möglichkeiten. Es kann auf weiterführende Unterstützungsangebote für Betroffene – beispielsweise psychosoziale Hilfsangebote, Schulungen und juristische Unterstützung – hingewiesen werden, die unabhängig von einer Meldung zur Verfügung stehen.

3G-CIRS sorgt zudem dafür, dass Übergriffe sichtbar werden. Bereits gemeldete Gewaltvorfälle können gelesen werden. Sobald das Meldesystem in Betrieb geht, werden alle eingegangenen Meldungen von Fachleuten der Bundesärztekammer geprüft und erst nach Freigabe öffentlich sichtbar gemacht. Aktuelle Statistiken sind abrufbar, übersichtlich aufbereitet in Grafiken und mit Hilfe eines Filters können Gewaltvorfälle nach Bundesland, Art der Gewalt und Art der Einrichtung aufgeschlüsselt werden. Derzeit arbeitet die Bundesärztekammer an einer Weiterentwicklung dieses Prototyps. Eine voll funktionsfähige Version soll voraussichtlich Anfang des kommenden Jahres an den Start gehen. Bereits existierende Meldesysteme wie der Meldebogen der Landesärztekammer Hessen werden wohl mit Hilfe von Schnittstellen künftig die Möglichkeit erhalten, ihre Meldungen an die Bundesärztekammer weiterzuleiten. Von einer zentralen Meldestelle wird sich viel erhofft. „Die durch Meldungen generierten Daten und die dadurch entstehenden Erkennt-

nisse sollen in Zukunft helfen, politischen Entscheidungsträgern, Institutionen wie Trägern von Gesundheitseinrichtungen und Berufsverbänden sowie Polizei und Staatsanwaltschaft Informationen zur Verfügung zu stellen, um effektive Präventionsmaßnahmen ergreifen zu können“, heißt es aus der Bundesärztekammer.

Mit Ihrer Meldung leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheit im Gesundheitswesen.

Linnemann vor schwierigen Gesetzgebungen

Die Weichenstellungen erfordern die Einbindung der ärztlichen Selbstverwaltungsexpertise

Über die Sommerpause des Deutschen Bundestags hinweg hat sich der Wechsel von der nun neuen Kanzleramtschefin Nina Warken zu Dr. Carsten Linnemann (beide CDU) an der Spitze des Bundesministeriums für Gesundheit fast geräuschlos vollzogen. Für den neuen Bundesgesundheitsminister ist der Einstieg alles andere als leicht. Das Diktum von Bundesfinanzminister Lars Klingbeil (SPD), nicht nur keine weiteren Finanzen, sondern sogar Kürzungen im Haushalt des BMG vorzunehmen, setzt die GKV permanent unter Druck. Die von Warken eingeführte einnahmenorientierte Ausgabenpolitik führt für die ambulanten Praxen zu Kürzungen ihres bisherigen Leistungsspektrums. Auch der Krankenhaussektor befindet sich in einer problematischen Finanzlage mit Auswirkungen auf die Beschäftigung. Die ärztlichen Verbände appellieren an Linnemann den reinen Sparfokus zugunsten einer sinnvollen Strukturpolitik mit Einbindung der Expertise der ärztlichen Selbstverwaltung zu verändern.

Die Wirkungen des im Juli verabschiedeten GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes werfen ihre Schatten voraus, ab 2027 wird das Spargesetz mit voller Wucht auch in den ärztlichen Praxen aufschlagen. Die Bundesregierung will mit dem Gesetz in der ambulanten Versorgung im kommenden Jahr circa 2,7 Milliarden Euro einsparen, im Jahr 2030 rund 5 Milliarden Euro. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte werden sich auf die neuen Kürzungen einstellen und ihre Tätigkeit anpassen müssen, um ihre Praxen wirtschaftlich führen und langfristig erhalten zu können, informiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Denn sie könnten nur das für die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten ausgeben, was die Krankenkassen zur Verfügung stellen würden. Die Kürzungen entsprechen für das Jahr 2027 einem Volumen von etwa 46 Millionen Behandlungsfällen, so der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen. Betroffen seien alle Fachrichtungen, wenngleich unterschiedlich stark. Die Praxisorganisation vor Ort müsse so gestaltet werden, dass das Leistungsangebot sich an den zur Verfügung stehenden Mitteln orientiere, aber den Sicherstellungsauftrag erfülle. Hierfür benötigten die Praxen ein Zahlengerüst, das ihnen zeige,

wie viele Behandlungsfälle in etwa innerhalb des Budgets zu versorgen seien, damit sie ihre Praxisorganisation entsprechend anpassen könnten. Gassen kündigte an, dieses Gerüst gemeinsam mit den KVen zu erarbeiten und zwar fachgruppenspezifisch heruntergebrochen auf die regionale Ebene.

Erhebliche Kürzungen im Krankenhaussektor

Allein fünf Milliarden Euro würden dem Krankenhaussektor im kommenden Jahr durch das Spargesetz entzogen. Einsparungen würden schwierig bis unmöglich, denn nur 14 Prozent der Kliniken schätzten ihre wirtschaftliche Lage als gut ein. Der überwiegende Teil sehe sich in einer schlechten Lage und erwarte weitere Verschlechterungen. Viele Krankenhäuser hätten bereits angekündigt, die erheblichen Budgetkürzungen nicht nur mit Angebotseinschränkungen, sondern auch mit Entlassungen ausgleichen zu müssen, erklärte der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft Dr. Gerald Gaß. Die Reform der Sozialen Pflegeversicherung ist von hoher politischer Brisanz. Nicht umsonst hat Linnemann vor den Landtagswahlen im September, die noch von Warken geplante hälftige Kürzung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige wieder abgeräumt. Nun stehen Maßnahmen im Raum, die vornehmlich Kürzungen und neue Belastungen für die Sozialversicherungsbeträge bedeuten.

Reformdruck von allen Seiten

Die Finanzkommission Gesundheit legt Mitte Dezember das zweite Gutachten vor, das auch Vorschläge für eine Reform im ambulanten Bereich hin zu einem Primärärztsystem enthalten soll. Aus der Ärzteschaft gibt es große Kritik, mit dem Spargesetz wären schon tiefgreifende Richtungsänderungen festgelegt worden. Das geplante Gesetz für Digitalisierung und Innovation im Gesundheitswesen zeigt sich ebenfalls als politische Herausforderung (siehe dazu den Beitrag in diese Ausgabe des HB-Magazins). Zusätzlich gibt es noch Anläufe aus dem Bundestag zu einem Suizidpräventionsgesetz (siehe dazu den Beitrag in dieser Ausgabe des HB-Magazins). Eine Novellierung des Verfassungsschutzes und der Nachrichtendienste bedroht das ärztliche Berufsgeheimnis. Künftig könnten beispielsweise auch Daten auf Praxiscomputern von staatlichen Stellen abgerufen und ausgewertet werden, benennt der Vize-Chef der KBV, Stephan Hofmeister, als ein Beispiel für die kritikwürdigen geplanten Regelungen.



Angriffe im Behandlungsalltag hinterlassen tiefe Spuren „Körperliche Gewalt beginnt mit verbaler Gewalt“

Gewalt gehört mittlerweile zum Praxisalltag. Dr. Martin Eichhorn ist Deeskalationstrainer und weiß, wie Praxisteams schwierige Patient:innen beruhigen und Konflikte im besten Fall auflösen können. Wie eine Praxis möglichst sicher aufgestellt ist und was Prävention damit zu tun hat, wieso eine gute Kommunikation wirksamer ist als ein paar Trainingsstunden im Selbstverteidigungskurs und welche Gefahr von einem Kaktus ausgehen kann, hat er im Interview erzählt.

Sie geben Seminare für verschiedene Berufsgruppen. Braucht es eine bestimmte Herangehensweise für Menschen, die im medizinischen Bereich tätig sind, weil sich zum Beispiel die Art der Gewaltvorfälle unterscheidet oder wie oft man mit so etwas in seinem beruflichen Alltag konfrontiert wird?

Dr. Martin Eichhorn: Insgesamt kann man wohl sagen, dass über alle Berufsgruppen hinweg die Zahl der Gewaltvorfälle zunimmt. Und ja, Gewaltvorfälle unterscheiden sich durchaus zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Was auch daran liegt, dass sich letztlich die Berufsauffassungen voneinander unterscheiden. Pauschal kann man sagen, dass Menschen in sozialen Berufen, also auch im medizinischen Bereich, oft eine sehr hohe Schmerzgrenze haben. Sie lassen sich häufig mehr bieten als jemand, der zum Beispiel im Finanzamt tätig ist. Menschen in sozialen Berufen haben ihren Beruf ergriffen, um anderen Menschen zu helfen. Das spielt eine große Rolle. Es muss wirklich viel passieren, bis in diesem Tätigkeitsfeld gesagt wird, ich lasse mich nicht mehr beleidigen oder ähnliches. Aber ich nehme da durchaus einen Wandel wahr.

Inwiefern?

In den letzten zehn Jahren wurde das Thema vermehrt in den Medien aufgegriffen. Menschen in sozialen und medizinischen Berufen sehen: „Ich bin damit nicht allein. Das ist ein gesamtgesellschaftliches Phänomen.“ Ihnen wird klar, dass sie sich nicht schämen müssen. Und dass sie selbst Schaden nehmen, wenn sie sich zu viel bieten lassen. Die Menschen in diesen Berufsgruppen bekommen mittlerweile einen Blick dafür, dass man das Kollegium schützen muss. Dass man sich selbst schützen muss, um nicht psychisch oder körperlich Schaden zu nehmen.

Dieses Denken setzt sich erst seit kurzem durch?

Früher war das nicht so. Das sehe ich auch daran, dass das Thema vor Jahren wesentlich schambefahrener war. Praxisinhaberinnen und -inhaber haben hinter vorgehaltener Hand über das Thema gesprochen. Wenn meine Seminare gebucht wurden, war fast eine Art Geheimhaltung gewünscht. Mittlerweile ist das nicht mehr so. Kolleginnen und Kollegen im medizinischen Bereich tauschen sich aus. Sie hören, dass es wirklich in jeder Praxis Probleme gibt:



Dr. Martin Eichhorn

zum Teil Gewaltvorfälle, in jedem Fall aber Bedrohungen, Beleidigungen. Das ist heute gang und gäbe. Deshalb sind viele Medizinerinnen und Mediziner eher dazu bereit, etwas für die Konfliktprävention zu tun. Das ist auch ein bisschen kurios: Bei ihren Patientinnen und Patienten achten sie darauf, dass diese durch präventive Maßnahmen gesund bleiben. Aber was die eigene Person, das eigene Team angeht, wird der präventive Ansatz mit Blick auf Konflikte oder Gewalt zu oft vernachlässigt.

Weil Prävention vor Deeskalation kommt? Man müsste also schon früher ansetzen, damit es gar nicht erst zu Gewaltvorfällen kommt?

Im Grunde geht es Hand in Hand. Wenn ich weiß, wie ich eine Situation deeskalieren kann, ist das im Grunde die beste Prävention. Zum Beispiel, wenn ich weiß, wie wütende oder aufgebrachte Menschen ticken und wie ich sie wieder beruhigen kann. Wenn ich erkenne, welche Signale jemand sendet, bevor er gewalttätig wird. Der Umgang mit Patientinnen und Patienten oder ihren Angehörigen kann schon ein Minenfeld sein. Die Leute haben Angst, Schmerzen oder Schamgefühle. Das kann sehr schwierig sein. Dann gibt es medizinisches Personal, das im Umgang mit Konflikten geschickter ist als anderes. Das ist eine Frage des Naturells, der Routine, aber auch eine Frage der erworbenen Fähigkeiten. Wenn ein aufgebrachter Patient nun auf ein eher ungeschicktes Praxisteam trifft, dann knallt es natürlich dort auch öfter.

Was braucht es, um in solch einer Situation souverän reagieren zu können?

Oft ist schon nach einem einzigen Deeskalationstraining der Grundstein dafür gelegt, das zu erlernen und auch viel von dem Wissen in schwierigen Situationen umzusetzen. Natürlich, wie in allen Berei-

„Wenn ein aufgebrachter Patient nun auf ein eher ungeschicktes Praxisteam trifft, dann knallt es natürlich dort auch öfter.“

chen ist es so, dass man im Training besser wird. Aber ich finde, es wäre viel geholfen, wenn schon in Studiengängen und Ausbildungsberufen Module angeboten würden, wie man deeskaliert und wie man mit schwierigen Patientinnen und Patienten umgehen kann. Wenn man Medizin studiert und mit Menschen arbeiten möchte, sollten Gewalt und Deeskalation Themen sein, mit denen man sich befassen muss. Beleidigungen und körperliche Gewalt im Berufsalltag werden nicht mehr verschwinden, da bin ich mir ganz sicher.

Wenn man sich bislang noch keine Gedanken über Gewaltprävention in der eigenen Praxis gemacht hat, womit sollte man anfangen? Bauliche Maßnahmen, Kommunikationstraining – was zeigt schnell Effekte?

Das muss alles ineinandergreifen. Eine Maßnahme allein wird nicht zum Erfolg führen. Ich würde damit beginnen, die Praxis ganz genau anzuschauen. Irgendwann wird man ja auch betriebsblind. Wie wirkt sie auf andere? Sollte sie vielleicht renoviert werden? Wer sorgt dafür, dass regelmäßig gelüftet wird? Im zweiten Schritt würde ich mir überlegen, was eine Person mit bösen Absichten in den Räumlichkeiten tun könnte, um dem Personal zu schaden. Wenn man mit offenen Augen durch die Praxis läuft, sieht man vielleicht einen Kaktus auf der Empfangstheke stehen oder ein großes Bonbonglas? Brieföffner oder Scheren? Das sind potenzielle Waffen. In der öffentlichen Verwaltung sieht man so etwas heute überhaupt nicht mehr auf den Schreibtischen. Die Praxis muss also sicher sein und die Atmosphäre dort sollte angenehm sein. Vor allem spielt die Kommunikation eine wichtige Rolle: Das Einschätzen von Kör-

persprache und gefährlichen Situationen sowie eine Portion Menschenkenntnis.

Wie kann man sich vorbereiten, um sich und sein Team im Falle einer Eskalation zu schützen?

Erfreulicherweise kommt es in den meisten Praxen nicht wöchentlich vor, dass Patientinnen und Patienten ausrasten. Also dass Vorfälle über verbale Gewalt hinausgehen. Trotzdem muss man sich überlegen, wohin man sich in solch einem Fall zurückziehen könnte. Welcher Raum ist in der Praxis der sicherste? Könnte man diesen auch von innen abschließen? Dann müsste man im Team bekannt machen, dass alle Schutz in diesem Raum suchen, sobald in der Praxis etwas Gefährliches passiert. Äquivalent zu solcherlei Räumen in den Notaufnahmen.

Spielen wir mal einen fiktiven Fall durch: Ein Mann tigert im Wartezimmer auf und ab und beschwert sich immer lauter darüber, dass er viel zu lange warten muss. Wie reagiert man da am besten?

„Es gibt so viele Möglichkeiten, wie man angegriffen werden kann, das kann man gar nicht in kurzen Selbstverteidigungskursen trainieren.“

Anzeige



MEDICON
RECHTSANWÄLTE

Neuer Name – bewährte Expertise im **Medizinrecht**.
Rechtsberatung mit **Substanz** und klarer Struktur.

Jörg Müssig
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Daniel Renger
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Arbeitsrecht

Mandy Müssig
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Christine Schildhauer
Rechtsanwältin

Mark Kroel
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Handels- und Gesellschaftsrecht

Carsten Reiter
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Saskia Fonrobert-Reiling
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Jacqueline Mürdter
Rechtsanwältin

Dr. Inken Hinzen
Rechtsanwältin

MEDICON Rechtsanwälte
Saarlandstr. 25
44139 Dortmund

T +49 231 9977725 0
M info@medicon-recht.de
W www.medicon-recht.de



Zur Person

Dr. Martin Eichhorn ist seit 20 Jahren Deeskalationstrainer. Seine Zielgruppen sind verschiedene Berufsgruppen, doch er beschäftigt sich auch schon seit Langem mit dem Thema Gewalt gegenüber Ärzt:innen und weitere Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen machen einen großen Teil seiner Klientel aus, vor allem aus dem ambulanten Bereich. In seinen Seminaren gibt er Tipps, wie man mit schwierigen Situationen in Krankenhaus oder Praxis sowie mit aggressiven Patient:innen souverän und sicher umgehen kann. Zudem gibt er als Autor sein Wissen in Büchern und Infobroschüren weiter. Eichhorn ist Linguist und zertifizierte Fachkraft für Kriminalprävention. Unter anderem war er Lehrbeauftragter am Fachbereich Polizei und Sicherheitsmanagement der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin und lehrt in Berlin als freiberuflicher Dozent an der Verwaltungsakademie sowie an der Bildungsakademie Justizvollzug.

Es kann helfen, solche aufgebrachten Patient:innen zu separieren. Sie können sonst ein ganzes Wartezimmer mit dieser Stimmung anstecken. Die meisten Praxen arbeiten sowieso mit verschiedenen Wartezonen, damit die Leute in Bewegung bleiben – vom Wartezimmer auf die kleine Stuhlreihe vor dem Behandlungszimmer und ähnliches. Manchmal hilft es, ihn in eine andere Wartezone zu holen, mit ihm zu reden, ihn zu besänftigen. Ihm zu erklären, wie viele Patient:innen noch vor ihm behandelt werden und vielleicht sogar einen Zeithorizont aufzumachen, also wann er voraussichtlich an der Reihe sein wird. Oft ist es ein Informationsmangel, der Patient:innen und Patienten aggressiv macht. Und dann hilft auch: neues Gesicht, neues Glück! Wenn eine MFA den Patienten nicht beruhigen konnte, gelingt es vielleicht ihrer Kollegin. Bei der Polizei gibt es die Regel: Eine Dienstkraft spricht, die andere sichert. Es ist ungünstig, wenn beide MFAs das Wort führen.

Wenn das alles ins Leere läuft und sich unser fiktiver Patient immer mehr aufregt und schließlich anfängt zu drohen – wie kommt man aus so einer Situation heraus?

Wenn Konflikte eskalieren, dann ist das oft mit verbaler „Begleitmusik“ verbunden: Beleidigen, Schimpfen, Fluchen, Hinspucken. Manchmal hört man Gegenstände fallen. Wenn Praxisteam gut funktionieren, dann lassen sie in solch einem Moment alles stehen und liegen nach dem Rechten. Man steht füreinander ein und zeigt sich gerade auch in schwierigen Situationen. Es reicht manchmal schon, wenn der Patient sieht, dass es noch mehr Personal in der Praxis gibt. Wenn sich dann sogar der Praxisinhaber, die Praxisinhaberin zeigt, hat es noch einmal eine andere Wertigkeit. Und jeder Patient, dessen Behandlung oder Arztgespräch deshalb kurz unterbrochen wird, wird dafür Verständnis haben.

Und wenn man in dieser Situation allein ist? Wie soll man auf Gewalt oder Gewaltandrohung reagieren?

Gewalt ist das, was das potenzielle Opfer als Gewalt empfindet. Auch verbale Gewalt hinterlässt Spuren. An Beleidigungen kann man sich oft nach Jahrzehnten noch erinnern. Und körperliche Gewalt beginnt fast immer mit verbaler Gewalt. Es ist nicht so, dass

ein Patient in die Praxis kommt und einen gleich schlägt. Das fängt oft mit verbalen Übergriffen an. Deshalb muss man da recht schnell einen Riegel vorschieben. Wenn man schon bei verbalen Entgleisungen klarmacht, ich stehe nicht als Opfer bereit, kann man unter Umständen sogar körperliche Gewalt abwenden. Gewalttäter prüfen immer, wie weit sie beim Gegenüber gehen können. Nimmt er Opfersignale wahr – also dass sich das Gegenüber bei Beleidigungen totstellt, überhaupt nicht reagiert – ist er eher bereit, einen Schritt weiterzugehen, auch körperlich zu werden.

Also soll ich mich kommunikativ auf Beleidigungen einlassen?

Sie müssen in solch einer Situation gelassen wirken, dem anderen die Stirn bieten. Aber auf keinen Fall sollten Sie zurückbeleidigen, schreien, nicht selbst körperlich werden – es sei denn, es handelt sich um Notwehr. Sie gehen nicht auf das Niveau des Aggressors.

In einigen Praxen werden Zettel aufgehängt, in denen Patient:innen aufgefordert werden, die Praxis zu verlassen, wenn sie herumpöbeln möchten. Hilft so etwas oder irritiert das eher?

Nicht alle Menschen verfolgen das Thema in den Medien. Insofern werden immer noch viele Patientinnen und Patienten davon nicht so viel gehört haben. Ich finde die Idee gar nicht so schlecht. Ich war letzts in einer Praxis, da hatte der Inhaber ein Schild auf den Tresen gestellt. Der Wortlaut war in etwa: „Bitte seien Sie freundlich zu meinen Angestellten, sie sind schwerer zu bekommen als Patienten.“ Das hat schon einen gewissen Charme und führt vielleicht bei einigen dazu, mal darüber nachzudenken.

Jetzt haben wir ja über Gewaltprävention und Deeskalation in der Praxis gesprochen. Aber wie sieht das bei Hausbesuchen aus?

Das ist ein ganz gravierendes Thema. Hausbesuche sind etwas völlig anderes. Da werden die Karten neu gemischt. In Ihrer Klinik oder in Ihrer Praxis kennen Sie sich aus. Sie kennen sich im Haus aus, in der unmittelbaren Nachbarschaft. Sie wissen vielleicht, wohin man sich flüchten kann oder wo man Hilfe bekommen könnte. Zum Beispiel im anliegenden Ladengeschäft. Aber bei Hausbesuchen bewegen Sie sich in fremdem Terrain. Und da gibt es noch einmal ganz andere Dinge zu beachten. Auch hinsichtlich der Eigensicherung. Wie bereite ich mich darauf vor? Wie bewege ich mich in der Wohnung? Wie komme ich aus der Wohnung wieder raus? Das sind ganz andere Problemlagen als im gewohnten Arbeitsumfeld.

Könnte es helfen, Hausbesuche oder Bereitschaftsdienste in der Nacht nicht allein zu machen? In einer Studie wurde in Freitextantworten auch Sicherheitspersonal als Begleitung gewünscht. Halten Sie das für sinnvoll?

Ich kann mir nicht vorstellen, dass so etwas funktioniert. Auch aus Gründen der Vertraulichkeit zwischen der behandelnden Person und den Patientinnen und Patienten. Ich glaube, es kommt eher darauf an, dass medizinisches Personal beim Hausbesuch Exit-Strategien parat hat. Man muss ein Gespür dafür bekommen, den Fokus nicht nur auf das medizinische Problem und auf Monitore zu richten, sondern auch darüber hinaus: auf die Stimmung des Patienten, ob von ihm eine Gefahr ausgehen könnte. Wenn ich Signale empfangen, dass eine Situation eskaliert, dann muss ich wissen, was ich tue. Noch bevor jemand mir gegenüber gewalttätig wird, muss



Grafik: KI-generiert (ChatGPT/DALL-E)

ich fliehen. Flucht ist ein altbewährtes Mittel, oft sehr erfolgreich. Man muss sich klarmachen, dass Flucht kein Gesichtsverlust ist. Und manchmal muss eine Flucht auch eingeleitet werden.

Wie das?

Das funktioniert am besten, wenn man Aggressoren verwirrt, die gerade gewalttätig sind oder gewalttätig werden. Denn Gewalttäter haben eine Erwartungshaltung. Sie wissen, wie sich Opfer von Gewalt üblicherweise verhalten. Wenn sie in der Praxis gewalttätig wurden, waren sie es nie zum ersten Mal in ihrem Leben. Sie haben eine Biografie, sind erfahren, was Gewalt angeht. Wenn man dann etwas Überraschendes macht, sie verwirrt, kann man eine Flucht sehr schön einleiten. Die besten drei Tricks: Lärm machen. Zum Beispiel mit einem Taschenalarm. Das ist ein kleines Gerät, das einen Alarm von etwa 110 Dezibel erzeugt. Das kann man jemandem vor die Füße werfen und dann fliehen. Zweitens: Beim anderen Ekel auslösen. Zum Beispiel, indem man beginnt, zu würgen. Der andere fürchtet, dass Sie sich vor Aufregung gleich übergeben müssen. Sie nehmen die Hand vor den Mund und bahnen sich den Weg am Aggressor vorbei. Dieser wird irritiert zurückweichen, niemand möchte Erbrochenes abbekommen. Drittens: Selbst einen medizinischen Notfall vortäuschen. Wenn Sie als Ärztin so tun, als ob Sie gerade einen Herzinfarkt erleiden, wird auch hier der Aggressor irritiert sein und von Ihnen ablassen. Man muss dann sofort die Flucht ergreifen. Das alles hilft nur, um den anderen kurz zu verwirren. Und es muss zumindest vorher mental eingeübt werden.

Was halten Sie von Selbstverteidigungskursen für Ärzt:innen?

Ich halte das für großen Blödsinn. Auch die Unfallversicherungsträger raten von Selbstverteidigungsseminaren ab – und da arbeiten Fachleute, die wissen, wovon sie sprechen. Wenn man Selbstverteidigung machen möchte – freiwillig und auf lange Sicht –, dann

Deeskalation im Gesundheitswesen

Unter Deeskalation versteht man, gezielt zu kommunizieren und zu intervenieren, um bei aggressiv aufgeladenen Situationen eine Eskalation zu vermeiden. So hilft es im ersten Schritt, auf Frühwarnsignale zu achten und beispielsweise Menschen, die gereizt oder unruhig sind, gezielt anzusprechen und nach dem Grund der Aggression fragen. Dabei ist es wichtig, selbst Ruhe auszustrahlen, sich der eigenen Körpersprache, Mimik, Gestik und Stimme bewusst zu sein und trotz aller Anspannung wertschätzend zu bleiben. Patient:innen sollten zu Wort kommen können und ausreden dürfen, auf Provokationen und Machtkämpfe sollte allerdings nicht eingegangen werden. Manchmal kann es notwendig sein, das Gespräch zu unterbrechen und mitzuteilen, dass dieses nur bei gegenseitigem Respekt fortgeführt wird. Bei allem steht die eigene Sicherheit immer im Vordergrund. Wütende Wortgefechte können auch in Gewalt umschlagen. Das heißt, der Abstand zum Gegenüber sollte immer gewahrt bleiben, gefährliche Gegenstände sollten unauffällig entfernt werden. Eine stete Einschätzung der Situation ist ebenso unerlässlich: Ist die Person überhaupt noch ansprechbar und zu beruhigen? Kann die Situation allein bewältigt werden? Ist das nicht mehr der Fall, sollte man sich aus der Situation entfernen und Hilfe holen.

ist das eine großartige Sache. Ich selbst habe 15 Jahre Kampfsport gemacht. Das ändert die Ausstrahlung, die Körperhaltung. Davon bin ich ein großer Fan. Aber wenn man für kurze Zeiträume ein paar Kurse in Krankenhäusern und Praxen anbietet, für irgendwelche Leute, die gar nicht sportaffin sind und nichts mit Kampfsport zu tun haben wollen, dann wird das niemals wirksam sein. Es gibt so viele Möglichkeiten, wie man angegriffen werden kann, das kann man gar nicht in kurzen Selbstverteidigungskursen trainieren. Es wird eher dazu führen, dass man sich gegebenenfalls überschätzt.

Anzeige

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Steuerberater für Ärzte, die mitdenken und Sie entlasten

- ✓ Steigerung der Praxis-Rentabilität
- ✓ Planbarkeit von Zahlungen
- ✓ Weniger Administration

Wir bieten Ihnen mehr Sicherheit, Planbarkeit und Entlastung – für eine gesunde Praxis und Ihr Plus im Leben.



Sie wollen mehr erfahren?

Jetzt QR-Code scannen oder treffen Sie uns persönlich auf der Hartmannbund-Hauptversammlung.

Fragwürdige Beschlüsse des Koalitionsausschusses
zur Krankschreibung

Ärzteverbände und Krankenkassen präferieren das geltende Recht



Der Koalitionsausschuss hat im Juli 2026 gleich zwei umstrittene Beschlüsse gefasst: Die telefonische Krankschreibung soll abgeschafft werden und die Vorlage der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung soll verpflichtend ab dem ersten Tag der Erkrankung erfolgen. Letzteres wird innerhalb des gleichen Satzes mit der Einführung einer „Termingarantie Fachärzte“ „im Rahmen der Umsetzung des Primärarztgesetzes“ genannt.

Die vorgesehenen Änderungen bezüglich der Krankschreibung haben zu heftiger Kritik durch die ärztlichen Verbände geführt, die Reformansinnen seien kontraproduktiv. Bundesgesundheitsminister Carsten Linnemann (CDU) hat in einem Interview mit der BILD Ende August auf die wertvolle Arztzeit im Zusammenhang mit der geplanten Notfallreform verwiesen. Die Beschlüsse des Koalitionsausschusses stehen in ihrer Wirkung allerdings diametral zu dieser Aussage. Die gesetzlichen Krankenkassen halten die Beschlüsse für nicht sachlich begründbar. Die Union hat mit diesen Beschlüssen offenbar diesbezügliche Forderungen aus dem Arbeitgeberlager aufgreifen wollen, die SPD hat hier nur unter der Bedingung der gleichzeitigen Umsetzung der genannten Facharzt-Termingarantie zugestimmt und zeigt sich zögerlich.

Höherer Krankenstand hat statistische Gründe

Die Arbeitgeber schlagen Alarm, da gegenüber dem Vor-Pandemie-Niveau der Krankenstand seit 2022 deutlich höher liegt. Treiber waren vor allem atypisch starke und anhaltende Atemwegsinfektionen, wie aus den Auswertungen gesetzlicher Krankenkassen hervorgeht; gleichzeitig haben sich die Anteile psychischer Störungen an den Fehlzeiten strukturell nach oben verschoben und liegen seit 2022 vorn. Die Vorstände gesetzlicher Krankenkassen und deren Verbände weisen darauf hin, dass die vermeintlich gestiegene Zahl

der Fehltage auch auf die Einführung der elektronischen AU zurückgeht, mit der eine vollständigere Erfassung der AU-Bescheinigungen einhergeht.

Telefonische AU ohnehin nur unter bestimmten Bedingungen

Nach derzeitiger Rechtslage muss der Arbeitgeber über die Arbeitsunfähigkeit (AU) und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich informiert werden. Dauert die Erkrankung länger als drei Kalendertage, muss die AU spätestens ab dem 4. Tag nachgewiesen werden (durch AU-Bescheinigung). Der Arbeitgeber ist aber berechtigt, die Vorlage der Krankschreibung ab dem ersten Tag der Erkrankung ohne Angabe von Gründen zu verlangen. Diese Regelungen sind in § 5 Absatz 1 Entgeltfortzahlungsgesetz niedergelegt.

Die telefonische Krankschreibung ist in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt. Die gesetzliche Grundlage dafür findet sich in § 92 Absatz 4a SGB V – dort wird der G-BA beauftragt, Richtlinien zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei ausschließlicher Fernbehandlung zu beschließen. Voraussetzung für eine telefonische Krankschreibung ist, dass der Patient in der Arztpraxis bekannt sein und in den letzten zwei Jahren mindestens einmal für eine Behandlung dort gewesen sein muss. Die Erkrankung darf keinen schweren Verlauf aufweisen. Sie muss für eine telefonische Beurteilung medizinisch vertretbar sein

(z. B. leichte Infekte wie Erkältungen oder Magen-Darm-Grippe). Sie ist nur zulässig, wenn eine Videosprechstunde aus medizinischen oder technischen Gründen nicht möglich ist, und gilt maximal für bis zu 5 Kalendertage. Eine Verlängerung einer AU ist per Telefon nur zulässig, wenn die vorherige Erstbescheinigung in der Praxis oder per Videosprechstunde ausgestellt wurde.

Ärztenschaft warnt vor überfüllten Wartezimmern

„Für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ist das, was die Regierungsparteien vereinbart haben, eine Zumutung, die an Unverschämtheit grenzt“, hatten die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) das Ansinnen unter anderem kommentiert. Die KBV warnt vor schätzungsweise bis zu 30 Millionen zusätzlichen Praxisbesuchen pro Jahr. Die Arbeitsmoral der Deutschen werde nicht in den Arztpraxen entschieden, äußerte BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt Ende August gegenüber der FUNKE-Mediengruppe. Wenn die Politik an dem Plan der AU-Vorlage ab dem 1. Tag unbedingt festhalten wolle, solle die telefonische AU möglich bleiben. Sie mache nur rund 1,2 Prozent aller AU-Tage aus und halte Patient:innen mit harmlosen Infekten aus den Praxen heraus. Allerdings hat Linnemann im BILD-Interview bekräftigt, die Telefon-AU abschaffen zu wollen. Die verpflichtende Krankschreibung ab dem 1. Tag erwähnte er bemerkenswerterweise nicht.

Bundesregierung prüft noch

Bundesarbeitsministerin Bärbel Bas (SPD) ist allerdings für die Umsetzung der Beschlüsse zur Krankschreibung zuständig. „Ich bin koalitionsstreu, aber wir sollten uns schon noch mal fragen, ob das sinnvoll ist“, zeigte sie sich nachdenklich in einem Interview mit der FUNKE-Mediengruppe Ende August. Sie erklärte, die SPD habe sich vor einiger Zeit grundsätzlich für diese Regelungen bereit erklärt, um im Gegenzug eine Einführung von Karenztagen abzuwenden. „Meine Sorge ist, dass dann Menschen mit einem leichten Infekt am ersten Tag zum Arzt gehen und aus einem kurzen Ausfall am Ende eine ganze Woche Krankschreibung wird.“ Sie verwies darüber hinaus auf die Koppelung der Verpflichtung zur AU-Bescheinigung ab dem ersten Tag mit der Facharzt-Termingarantie und der sogenannten Schlaganfallvorsorge, an der das Gesundheitsministerium aber noch arbeite. Da diese wiederum an die Umsetzung des Primärarztsystems gekoppelt ist, dürfte mit einer solchen Regelung nicht in Kürze zu rechnen sein.

Offenbar konzentriert sich die Regierungskoalition zumindest zunächst auf die Abschaffung der Telefon-AU, denn diese erwähnte Bas (wie zuvor Linnemann) im Interview nicht.

Anzeige



Jetzt Ticket sichern!





**Fortschritt
entsteht im
Zusammen-
spiel.**

Meet
Health.
Future.
People.

MEDICA
16–19 Nov. 2026
Düsseldorf,
Germany



Messe
Düsseldorf

Wertvolle Hinweise zur Einführung eines Primärarztsystems

Anreize für Leistungserbringende müssen auf ein Gatekeeping-System abgestimmt werden

Unter dem neuen Bundesgesundheitsminister Carsten Linnemann (CDU) arbeitet die Regierungskoalition weiterhin an einer Reform des Primärarztsystems. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) hat eine Vergleichsstudie der OECD gefördert, die zeigt, dass Primärarztsysteme international weit verbreitet sind, ihre Wirksamkeit jedoch maßgeblich von verbindlichen Steuerungsinstrumenten und infrastrukturellen Rahmenbedingungen wie Anreizen für die beteiligten Ärzte abhängt. Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Klaus Reinhardt, hat in einem vielbeachteten Interview mit der FUNKE-Mediengruppe im September Eckpfeiler eines Primärarztversorgungssystems benannt.

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) gibt in ihrem Working Paper Nr. 196 Auskunft über „Anreize zur Steuerung von Versorgungspfaden in der ambulanten Versorgung“ mit dem Schwerpunkt auf Gatekeeping- und Kostenbeteiligungsregelungen. Wesentliche Ergebnisse der Analyse lauten: In mehr als drei Vierteln der OECD-Länder (31 von 38) gibt es Gatekeeping-Regelungen. In der Mehrzahl der Länder (24, darunter Australien und das Vereinigte Königreich) handelt es sich dabei um verbindliche Regelungen. In den meisten Ländern ist es möglich, die Gatekeeping-Regelung zu umgehen, wenn die Patientinnen und Patienten bereit sind, die Kosten selbst zu tragen. In fast allen Systemen mit verbindlichem Gatekeeping (21 von 24) sind Patientinnen und Patienten entweder gesetzlich verpflichtet, sich offiziell bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt zu registrieren, oder dies ist fast universelle Praxis. Insgesamt führt Gatekeeping tendenziell zu einer Verringerung der Facharztbesuche und Krankenhausaufenthalte bei gleichzeitiger Zunahme der Inanspruchnahme der Primärversorgung, wobei einige Studien auf begrenzte Kosteneinsparungen hindeuten. Einige Studien bringen Gatekeeping mit einer besseren Versorgungsqualität in der Prävention in Verbindung, jedoch nicht mit einer verbesserten Patientenerfahrung. Reduzierungen und Befreiungen von Kostenbeteiligungen für verschiedene vulnerable Bevölkerungsgruppen sind in den OECD-Ländern die Regel, und alle haben Mechanismen oder eine Obergrenze für die Kostenbeteiligung.

Anreize auf Gatekeeping-Ziel abstimmen

Eine tiefergehende Analyse in sechs Ländern ergibt: Ein ausreichendes Angebot an Hausärztinnen und Hausärzten trägt zur Aufrechterhaltung eines funktionierenden Gatekeeping-Systems bei, dessen Einführung aber mit einer höheren Arbeitsbelastung für Hausärztinnen und Hausärzte verbunden ist. Daher haben OECD-Länder zusätzliche Zahlungen über Patientenpauschalen (capitation payments) an Hausärztinnen und Hausärzte eingeführt. Dies deutet darauf hin, dass die Anreize für Leistungserbringende auf das Gatekeeping-Ziel abgestimmt werden müssen, um Patientenströme wirksam umzuleiten.

Politische Herausforderungen

Der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried fasst wesentliche Ergebnisse der Studie folgendermaßen zusammen: „Wo die Steuerung von Patientenwegen gelingt, wird sie in der Regel durch verbindliche Regeln und negative finanzielle Anreize für Versicherte unterstützt. Wer ein Primärarztsystem in Deutschland einführen will, wird sich daher in diesen Punkten festlegen müssen. Die Studie liefert viele Detailpunkte, die bei der konkreten Ausgestaltung in Betracht zu ziehen sind. Dazu gehört, dass die Vergütungsstrukturen eine hochwertige ambulante Versorgung anreizen müssen.“ Zugleich weist die Studie auf politische Herausforderungen hin, die mit der Einführung eines Primärarztsystems verbunden sein können: So kann auch bei einer stringenter Steuerung nicht automatisch eine schnellere Terminvergabe vorausgesetzt werden. Die Autoren der Studie heben ebenfalls hervor, dass die Patientenzufriedenheit in Systemen mit Gatekeeping tendenziell niedriger ausfällt als in Ländern mit freiem Facharztzugang.

Reinhardt sieht Hausarztpraxis als erste Anlaufstelle

„Es geht darum, Menschen zum richtigen Zeitpunkt an die richtige Stelle zu bringen und unnötige Kontakte zu vermeiden“, so BÄK-Präsident Reinhardt zur FUNKE-Mediengruppe über die Vorzüge eines Primärarztsystems. Die Menschen müssten erleben, „dass es am besten für sie läuft, wenn sie zuerst in die Hausarztpraxis gehen und im Bedarfsfall von dort aus eine Weiterleitung organisiert wird“. Außerhalb der Öffnungszeiten der Praxen müsse der Erstkontakt über die einheitliche Telefonnummer 116117 organisiert werden. „Wer sich dem entzieht, muss erleben, dass es einen Malus für ihn gibt.“ Voraussetzung sei aber immer, dass die angebotenen Strukturen funktionieren und einen niedrigschwelligen, qualifizierten Zugang ermöglichen. Es brauche ein pragmatisches System, das Hausärzte, Fachärzte und Kliniken miteinander verbinde und unnötige Bürokratie vermeide. „Dazu gehören auch Ersteinschätzungen, die digital oder telemedizinisch unterstützt werden können.“ Wichtig sei aber, dass Ersteinschätzungssysteme nicht den unmittelbaren Zugang der Menschen zu ihrer Hausärztin beziehungsweise ihrem Hausarzt erschweren.

Nachhaltigkeitsstrategie für die anstehenden Strukturreformen im Gesundheitswesen

Unterschiedlichste Akteure skizzieren einen Empfehlungsrahmen für das BMG

Mit der Agenda 2030 hat sich die Weltgemeinschaft gemeinsame Ziele für die Transformation zur Nachhaltigkeit gesetzt. Die Bundesregierung hat 2002 zum ersten Mal eine Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie aufgelegt. Seitdem wird sie regelmäßig alle vier Jahre aktualisiert und legislaturübergreifend getragen. Mit dem Eckpunktepapier „Nachhaltigkeit im deutschen Gesundheitssystem – Eckpunkte für eine Strategie“ haben der BKK Dachverband, die Bundesärztekammer, der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, das Centre for Planetary Health Policy sowie zahlreiche weitere Organisationen „einen gemeinsamen strategischen Rahmen“ im Juni 2026 vorgelegt. Es soll den Beginn eines langfristigen Transformationsprozesses hin zu einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung in Deutschland markieren. Ziel sei es, die vorgelegten Eckpunkte unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu einer verbindlichen Nachhaltigkeitsstrategie weiterzuentwickeln und in den anstehenden Strukturreformen des Gesundheitswesens fest zu verankern.

„Wer das jetzt versäumt, zahlt später einen höheren Preis“, kommentieren die Beteiligten. Nachhaltigkeit sei „keine ökologische Zusatzforderung. Sie ist Grundbedingung für ein zukunftsfähiges, resilientes und finanzierbares Gesundheitssystem.“ Das Papier ist unter Einbeziehung von Erfahrungen aus europäischen Nachbarländern und gemeinsam mit Akteur:innen aus dem deutschen Gesundheitswesen entwickelt worden. Es umreißt den Hintergrund der notwendigen Transformation, heißt es seitens der Autoren. Trotz unterschiedlicher Interessen und Perspektiven bestehe Einigkeit darüber, dass Nachhaltigkeit, Versorgungssicherheit, Qualität und Finanzierbarkeit nicht länger getrennt gedacht werden dürfen.

Neun Eckpunkte werden als prioritäre Handlungsfelder für ein nachhaltiges und klimaneutrales Gesundheitswesen benannt, über die nachfolgend ein zusammenfassender Einblick gegeben wird:

- 1. Zentrale Rahmenbedingungen und eine mögliche Governance Struktur mit strategischer Steuerung, Projektkoordination, Monitoring und Arbeitsgruppen:** Ein mehrphasiger Prozess von Strategieentwicklung bis Umsetzung und Evaluation stelle klare Verantwortlichkeiten her und definiere Beteiligung und Fortschrittskontrolle. Außerdem würden wichtige politische und finanzielle Rahmenbedingungen benannt sowie die Notwendigkeit für eine belastbare Datengrundlage und transparentes Monitoring.
- 2. Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Integration von Health in All Policies:** Ziel ist es, Gesundheit, Chancengleichheit und Lebensqualität zu stärken und gleichzeitig Krankheitslast, Versorgungsbedarf und Kosten zu senken. Die Maßnahmen reichen über den Gesundheitssektor hinaus.
- 3. Nachhaltige Versorgungsplanung, um Zugänglichkeit, Qualität, Klimaschutz und Resilienz im Gesundheitswesen sicherzustellen:** Dafür brauche es eine sektorenübergreifende Steuerung, bessere Koordination zwischen Akteur:innen sowie Anreize für Prävention, evidenzbasierte Versorgung und Ressourcenschonung.
- 4. Nachhaltigkeit in der ambulanten Pflege und Versorgung:** Ziel sei es, Ressourcen effizienter zu nutzen, Emissionen zu senken und die wohnortnahe Versorgung zu stärken. Dazu

zählten unter anderem digitale und telemedizinische Lösungen, präventive Ansätze, nachhaltigere Beschaffung sowie eine stärkere Verlagerung geeigneter Leistungen in den ambulanten Bereich. Eine bessere Versorgungssteuerung, patientenzentrierte Ersteinschätzung und regionale Koordination könnten Effizienz, Qualität und Zugänglichkeit der Versorgung verbessern und gleichzeitig Klima- und Umweltziele unterstützen.

5. In der stationären Versorgung bestünden erhebliche Potenziale, Gebäude, Energieversorgung und Versorgungsprozesse nachhaltiger zu gestalten und damit Emissionen, Ressourcenverbrauch und Kosten zu senken. Dazu gehörten Investitionen in Energieeffizienz, erneuerbare Energien, systematisches Umwelt- und Energiemanagement sowie die gezielte Förderung klimafreundlicher Modernisierungen und auch eine gesundheitsförderliche und umweltfreundliche Verpflegung.

6. Ein emissionsarmes Transportwesen im Gesundheitswesen könne Emissionen, Lärm und Luftschadstoffe reduzieren und zugleich die Gesundheit fördern. Zentrale Hebel seien eine bessere Anbindung an den ÖPNV, die Förderung aktiver und klimafreundlicher Mobilität sowie die Elektrifizierung von Fuhrparks, Pflege- und Transportdiensten. Dafür brauche es geeignete Infrastruktur.

7. Arzneimittel, Medizinprodukte und Hilfsmittel sollten entlang ihres gesamten Lebenszyklus ressourcenschonender, emissionsärmer und umweltverträglicher gestaltet werden. Dafür brauche es verlässliche Daten, vergleichbare Standards und mehr Transparenz zu Klima- und Umweltauswirkungen, um nachhaltige Innovationen, Beschaffung und Verordnungsentscheidungen zu unterstützen. Dabei müssten Umweltziele stets mit Versorgungssicherheit, therapeutischem Nutzen, Qualität und Patient:innensicherheit in Einklang gebracht werden.

8. Das Gesundheitswesen solle Abfälle systematisch reduzieren und Ressourcen effizienter nutzen, um Emissionen, Umweltbelastungen und Kosten zu senken.

9. Digitalisierung könne das Gesundheitswesen effizienter, vernetzter und ressourcenschonender gestalten, etwa durch papierlose Prozesse, interoperable Informationssysteme, datenbasierte Steuerung und telemedizinische Angebote.

Zu vage und unterfinanziert

Die Ziele des geplanten Suizidpräventionsgesetzes scheinen so kaum realisierbar

Ende Juni hat die Bundesregierung, noch unter Bundesgesundheitsministerin a. D. Nina Warken, mit einem Referentenentwurf einen neuen Aufschlag für ein Gesetz zur Stärkung der nationalen Suizidprävention vorgenommen. Die Notwendigkeit eines solchen Vorhabens ist nicht zu unterschätzen: Jährlich beenden mehr als 10.000 Menschen in Deutschland ihr Leben durch einen Suizid.

Es sterben mehr Menschen durch Selbsttötung als durch Verkehrsunfälle, illegale Drogen und HIV zusammen, wie der Referentenentwurf Auskunft gibt. Die Ampel-Regierung hatte sogar schon einen Kabinettsbeschluss für einen solchen Gesetzentwurf gefasst, der aber aufgrund des vorzeitigen Ampel-Aus nicht einmal mehr die 1. Lesung im Bundestag erreichte. Das Gesetzesvorhaben ist eng verknüpft mit einer beabsichtigten Neuregelung der Sterbehilfe durch ein Suizidhilfegesetz im Bundestag. Für Ärztinnen und

Ärzte besitzt die Thematik im Zusammenhang mit der „Beihilfe zum Suizid“ aufgrund der sogenannten Garantenstellung auch eine strafrechtliche Dimension. Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2020 hat das „Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben“ festgestellt. Der Bundestag hatte beschlossen, nicht nur eine Neuregelung der Suizidhilfe, sondern auch ein Suizidpräventionsgesetz auf den Weg zu bringen. Die mit dem vorgesehenen Gesetz vorgesehenen Mittel für die Suizidprävention bleiben aus Sicht der Bundesärztekammer (BÄK) aber deutlich hinter dem Erforderlichen zurück. Darüber hinaus fürchtet die BÄK darum, dass „die dringend erforderlichen Suizidpräventionsmaßnahmen rechtzeitig vor oder mindestens gleichzeitig mit dem geplanten Suizidhilfegesetz wirksam werden können. Dies ist jedoch aus Sicht der Bundesärztekammer unbedingt erforderlich, damit Menschen in existentiellen oder gesundheitlichen Krisen nicht aus einem Gefühl der Ausweglosigkeit den assistierten Suizid wählen.“

Suizid ist kein Straftatbestand

Das Deutsche Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE) erläutert die Rechtslage folgendermaßen: „Der Suizid ist nach deutschem Recht kein Straftatbestand, somit bleibt auch die Beihilfe zum Suizid straflos. Hier wird in der Rechtsprechung allerdings geprüft, ob andere Straftatbestände wie Totschlag oder unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB) erfüllt werden. Bei einer Beihilfe

zum Suizid durch ärztliches Fachpersonal und naher Angehöriger ist die Garantenstellung, die diese Person gegenüber dem oder der Sterbewilligen einnimmt, von besonderer Bedeutung. Die Garantenstellung beinhaltet die Strafbarkeit durch Unterlassung, die folgt, wenn der strafbare Eintritt einer Handlung (bspw. Körperverletzung) von einer Person nicht verhindert wird, obwohl diese dazu verpflichtet wäre.“

In 2015 war § 217 in das Strafgesetzbuch aufgenommen worden, der die geschäftsmäßige Hilfe bei der Selbsttötung unter Strafe stellte. Eine Klage gegen diese gesetzliche Regelung war in 2020 erfolgreich, das Bundesverfassungsgericht urteilte, das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Artikel 2 Grundgesetz (GG) umfasse „als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben“. Das strafbewehrte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung entfalte eine objektiv die Freiheit zum Suizid einschränkende Wirkung. Es mache es dem Einzelnen faktisch weitgehend unmöglich, Suizidhilfe zu erhalten. Daraus folge aber nicht, dass der Gesetzgeber die Suizidhilfe nicht regulieren dür-

fe. Eine solche Regelung müsse sich aber an der Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen ausrichten, das darauf angelegt sei, sich in Freiheit selbst zu bestimmen und zu entfalten. Die Anerkennung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben versage dem Gesetzgeber aber auch nicht, allgemeine Suizidprävention zu betreiben und insbesondere krankheitsbedingten Selbsttötungswünschen durch Ausbau und Stärkung palliativmedizinischer Behandlungsangebote entgegenzuwirken. Er müsse auch denjenigen Gefahren für die Autonomie und das Leben entgegenreten, die in den gegenwärtigen und absehbaren realen Lebensverhältnissen begründet lägen und eine Entscheidung des Einzelnen für die Selbsttötung und gegen das Leben beeinflussen könnten.

Nationale Suizidpräventionsstrategie verabschiedet

Im Kontext möglicher Regelungen zur Suizidhilfe hat der Bundestag nahezu einstimmig in einer Entschließung in 2023 ein Suizidpräventionsgesetz gefordert. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte in Vorbereitung dessen in 2024 eine Nationale Suizidpräventionsstrategie verabschiedet. Fußend auf der schon begonnenen Ampelgesetzgebung hat die Bundesregierung nun im Juni 2026 einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention an die beteiligten Institutionen zur Stellungnahme versendet.

Der Entwurf beinhaltet als zentrales Vorhaben die Errichtung einer Bundesfachstelle für Suizidprävention im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Diese soll ein Konzept für eine bundesweit einheitliche Krisendienst-Rufnummer unter Einbeziehung der Länder entwickeln; Handlungskonzepte zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln, zielgerichtete und evidenzbasierte Maßnahmen zur Suizidprävention entwickeln und umsetzen; qualitätsgesicherte Informationen für die Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit zu Suizidalität und über Hilfsangebote entwickeln; die wechselseitige Information und Förderung der Zusammenarbeit zu den bestehenden und sich neu entwickelnden Informations-, Hilfs- und Beratungsangeboten des Bundes, der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention ermöglichen; ein digitales Verzeichnis über die bundesweiten und überregionalen Informations-, Hilfs- und Beratungsangebote der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention erstellen; ein Konzept unter Einbeziehung der Länder zur Weiterentwicklung und zum Ausbau bestehender Online- und Telefon-Beratungsangebote entwickeln; die fachliche Beratung der Länder und der weiteren Akteure im Bereich der Suizidprävention bei der Qualitätssicherung von Maßnahmen der Suizidprävention vornehmen; Rahmenempfehlungen zur Suizidprävention zur Fort- und Weiterbildung für Angehörige von Berufen entwickeln, die regelmäßig mit Suizidalität konfrontiert sind und deren Implementierung

in die berufliche Praxis; die Forschung im Bereich der Suizidprävention und der Suizidalität durchführen; eine Bedarfs- und Machbarkeitsanalyse für eine regelmäßige qualitätsgesicherte und mit geringem Ressourcenaufwand umsetzbare Datenerhebung, Analyse und Berichterstattung zu Suizidalität (Surveillance) durchführen. Zur Unterstützung der Arbeit der Bundesfachstelle soll ein Fachbeirat eingerichtet werden. Die Länder sollen auf die Entwicklung von flächendeckenden, niedrigschwelligen, fachlichen und bedarfsge-rechten Krisendiensten durch Vernetzung und Ausbau der bestehenden Angebote hinwirken. Das Suizidpräventionsgesetz soll bis 2038 evaluiert werden. Eine weitere zentrale Maßnahme ist die Einführung von Modellvorhaben zu Maßnahmen der Suizidprävention nach § 64f SGB V, also durch die gesetzlichen Krankenversicherungen.

BÄK kritisiert Referentenentwurf

Die BÄK vermisst in dem Referentenentwurf klare gesetzliche Vorgaben, auch wenn sie dessen Zielsetzungen ausdrücklich teilt. Der Referentenentwurf greife wesentliche weitere Themenfelder nur vage, unzureichend oder gar nicht auf. Dazu zählten die Etablierung von Präventionsangeboten zum Thema Mental Health oder risikogruppenspezifische Suizidpräventionsprogramme. Auch hält die BÄK die vorgesehenen finanziellen Mittel angesichts des Aufgabenumfanges für unzureichend. Für die Bundesfachstelle sind einmalige Ausgaben von insgesamt 1,2 Millionen Euro in den Jahren 2027 bis 2029 sowie laufende jährliche Kosten von rund 1,4 Millionen Euro vorgesehen. Die Fachstelle solle aber zentrale Funktionen wie die Sicherung bundesweiter Infrastrukturen, Datenbanken und Vernetzungsstrukturen übernehmen, so die BÄK. Demgegenüber würden die zusätzlichen Aufwendungen von Ländern und Kommunen durch den Ausbau der Krisendienste lediglich als geringfügig eingestuft. Zwar seien Modellvorhaben der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen, eine dauerhafte Regelfinanzierung jedoch nicht. Dies verweise auf ein grundlegendes Problem des Entwurfs: Der Aufbau eines flächendeckenden, rund um die Uhr erreichbaren und lokal handlungsfähigen Krisen- und Hilfesystems dürfte mit lediglich geringfügigem Mehraufwand kaum realisierbar sein.



Ärztliche Selbstverwaltung einbinden

Das geplante Digitalgesetz darf nicht zulasten der Versorgungsrealität gehen

Am 15. Juli 2026 hat das Bundeskabinett das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen beschlossen, am 25. September hat sich die Länderkammer erstmals damit befasst. Um die Kernziele der Digitalisierung im Gesundheitswesen und der Pflege – bessere Versorgung, mehr Patientensicherheit, Entlastung der Leistungserbringenden von bürokratischen Aufwänden – zu erreichen, sollen mit diesem Gesetz Maßnahmen in beinahe allen digitalisierungsrelevanten Bereichen des Gesundheitssystems ergriffen werden.

An der Grundstruktur des geplanten Gesetzes hat sich im Verhältnis zum Referentenentwurf in den zentralen Punkten kaum etwas verändert. Die massive Kritik ärztlicher Institutionen und Verbände an den Regelungen zur Nutzung sensibler Patientendaten durch die Krankenkassen ist von den politisch Verantwortlichen bislang nicht aufgegriffen worden. Neben für die Ärztinnen und Ärzte durchaus auch positiven geplanten Maßnahmen im GeDIG gibt es weitere erhebliche Kritikpunkte.

Reinhardt sieht „gefährlichen Paradigmenwechsel“

„Eine medizinisch sinnvolle Auswertung von ePA-Daten und die anschließende Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten gehört in den Verantwortungsbereich der ärztlichen Selbstverwaltung“, mahnt der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. Klaus Reinhardt. Die Patientenbehandlung sei in Deutschland aus gutem Grund Ärztinnen und Ärzten zugeordnet, die in ihren medizinischen Entscheidungen fachlich versiert und weisungsfrei nur dem Wohl ihrer Patientinnen und Patienten verpflichtet seien. Ein Übergriff der Krankenkassen in diesen Aufgabenbereich wäre ein gefährlicher Paradigmenwechsel, warnen BÄK, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wie auch der Hartmannbund unisono. Die vorgesehenen erweiterten Zugriffs- und Nutzungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf Daten aus der elektronischen Patientenakte dürften nicht zugelassen werden. „Andernfalls würde das Gegenteil dessen erreicht, was das GeDIG eigentlich bezweckt: Statt die digitale Datennutzung patienten- und forschungsorientiert zu stärken, würde das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in diese nachhaltig beschädigt“, so Reinhardt. (Eine Übersicht über zentrale geplante GeDIG-Regelungen wie auch die ausführliche Kritik an der genannten Regelung behandelt der Beitrag aus dem HB-Magazin 2/2026: „An entscheidenden Punkten absolut übergriffig“.)

KBV erhofft sich bessere Anwenderfreundlichkeit

Positiv am Gesetzentwurf bewertet die KBV, dass bei digitalen Lösungen nicht nur von der Interoperabilität die Rede sei, sondern „tatsächlich auch von Qualität und Anwenderfreundlichkeit“, so das

KBV-Vorstandsmitglied Dr. Sybille Steiner. Das lasse hoffen, dass sich die Praxen künftig nicht mehr mit schlecht funktionierender Software herumschlagen müssten. Begrüßenswert sei außerdem, dass die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) verpflichtet werden sollen, die Praxen bei einem Wechsel des PVS zu unterstützen, ihnen ihre Daten kostenfrei zur Verfügung zu stellen und sie frühzeitig über die Erfüllung von verbindlichen Updates zu informieren. Außerdem könnten jetzt auch die Kassenärztlichen Vereinigungen die Ärzte und Psychotherapeuten zu PVS-Systemen, TI und IT-Cybersicherheit beraten.

Ärzteschaft warnt vor Vorfestlegungen

Mit dem GeDIG sollen „technische Weichenstellungen“ für das geplante „Primärversorgungskonzept für den ambulanten Bereich“ vorgenommen werden. Hier gibt es massive Kritik aus der Ärzteschaft, damit werde der zweite Schritt vor dem ersten getan. Anstatt zunächst Einigkeit über die Grundzüge eines Primärarztsystems zu erzielen, würden schon Vorfestlegungen vorgenommen. In dem Gesetzentwurf sei beispielsweise vorgesehen, dass der digitale Einstieg in die Versorgung mit medizinischer Ersteinschätzung und Terminvermittlung nur über die unterschiedlichen 90 ePA-Apps der Krankenkassen möglich sein solle, die nur rund fünf Millionen Versicherte nutzen. Das sei auch „nicht diskriminierungsfrei“, so die KBV.

Hartmannbund fordert Einbindung der ärztlichen Selbstverwaltung

Beim GeDIG müsse auf die notwendige Transparenz der Systemarchitektur geachtet werden, betont der Hartmannbund. Die geplanten digitalen Strukturen müssten für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten nachvollziehbar und überprüfbar sein. Komplexität dürfe nicht zu Intransparenz führen und Praxistauglichkeit müsse Vorrang vor Geschwindigkeit haben. Dies bedeute, dass neue Strukturen nicht zulasten der Versorgungsrealität in Praxen und Kliniken eingeführt werden dürften. Es müsse ausreichende Übergangsfristen und eine praxisnahe Erprobung geben. Hierbei sei die Einbindung der ärztlichen Selbstverwaltung eine *conditio sine qua non*.

Die Lücken nehmen ab

Lehrangebote zur Digitalisierung und KI finden immer mehr Eingang ins Medizinstudium

Künstliche Intelligenz spielt sowohl im klinischen Alltag als auch in der Arztpraxis eine immer größere Rolle, ob es sich um Unterstützung durch gezielte Informationen, die Auswertung großer Datenmengen oder um Effizienzsteigerung in administrativen oder klinischen Abläufen handelt. Sie ist ein Teil des Megathemas der Digitalisierung in der Medizin. Hierzu gehören auch die Large Language Modelle wie beispielsweise ChatGPT, Claude oder Gemini, die beispielsweise in Chatbots zur vorbereitenden Patientenaufklärung zum Einsatz kommen.

Für Medizinstudierende wie auch Ärzte besteht ein großes Interesse und eine große Nachfrage nach Bildungsformaten, die praktische Themen wie Digitalisierung und KI aus theoretischer, ethischer, rechtlicher und methodischer Perspektive behandeln, wie u. a. aus einer Studie der RWTH Aachen aus März 2026 hervorgeht. 76 % der Medizinstudierenden in Marburg nutzen ChatGPT fürs Studium, wie aus eine Marburger Studie hervorgeht. Immer mehr Medizinfakultäten in Deutschland haben zu diesen Themenkreisen Angebote. Zur groben Begriffsklärung: Digitalisierung in der Medizin ist der Oberbegriff für den Einsatz digitaler Technologien (z. B. die elektronische Patientenakte, Telemedizin, Gesundheits-Apps). KI ist eine bestimmte Technologie innerhalb der Digitalisierung, die beispielsweise Muster erkennt oder Sprache verarbeitet. LLM wie ChatGPT sind eine KI-Untergruppe, die Sprache verarbeiten oder erzeugen kann.

Große Mehrheit der Studierenden nutzt KI

Eine Befragung von Medizinstudierenden an der Philipps-Universität Marburg, die in 2024 erfolgte, untersuchte, wie Medizinstudierende ChatGPT nutzen und dessen Nutzen und Risiken beurteilen. 76,2 % nutzten schon zu diesem Zeitpunkt ChatGPT für das Medizinstudium: 60,7 % für Zusammenfassungen, 57,7 % für Recherche und Literatursuche und 47,6 % zum Erklären medizinischer Sachverhalte. 70,2 % gaben an, ChatGPT spare ihnen Zeit, 51,2 % bekundeten, durch die Nutzung von ChatGPT Inhalte besser zu verstehen, aber nur 15,5 % sahen einen Vorteil für die langfristige Wissensspeicherung. Allerdings fürchteten 73,3 % Fehlinformationen, nur 41,7 % vertrauten den Antworten und 72,6 % fühlten sich bei ihren eigenen KI-Kompetenzen unsicher.

Noch zu wenig Lehre zu KI

Die Lücke zwischen dem Einsatz von KI in der Medizin und der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses in 2023 zeigt eine 2026 an der Charité veröffentlichte Dissertation. Felix Busch untersuchte dort die Einstellungen von 4.596 Studierenden aus 192 Fakultäten in 48 Ländern. 76,3 Prozent der Befragten gaben zu diesem Zeitpunkt an, bislang keine curriculare Lehre zu KI erhalten zu haben. Studierende aus Asien hatten häufiger KI-Kurse besucht und fühlten sich hier besser informiert als Studierende aus Europa und Südamerika.

Leitfäden und Kriterien sollen entwickelt werden

Vieles ist auch derzeit noch Neuland, nicht nur für die Studierenden: Der 130. Deutsche Ärztetag Mitte Mai 2026 in Hannover hat Institutionen und Verbände im Gesundheitswesen aufgefordert, sich



für die Durchführung hochwertiger klinischer Studien einzusetzen, die unter anderem untersuchen sollen, wie die KI in klinische Entscheidungsprozesse eingebunden ist, welchen Einfluss sie auf ärztliche Entscheidungen hat und welche Risiken durch Fehlinterpretation, Übervertrauen oder Automation Bias bestehen. Es sollten praxisnahe Handlungs- und Bewertungsleitfäden sowie standardisierte Prüfkriterien für Ärztinnen und Ärzte entwickelt werden.

Lehrangebot steigt

Das Angebot an die Medizinstudierenden an den medizinischen Fakultäten an Lehrveranstaltungen aus dem Bereich Digitalisierung und KI steigt trotz der vielen Unsicherheiten kontinuierlich. Weit über die Hälfte der 40 medizinischen Fakultäten in Deutschland bieten ein Lehrangebot zur Digitalisierung und/oder KI an, inkludiert sind hier auch fakultätenübergreifende Kurse, an denen aber Medizinstudierende teilnehmen können. Bei 21 der medizinischen Fakultäten ist ein spezifisches Angebot schon in den offiziellen Curricula ausgewiesen. Hier sind Themen im Bereich Digitalisierung/Digital Health am weitesten verbreitet, so etwa zu Telemedizin, Gesundheitsdaten, digitalen Gesundheitsanwendungen, Wearables, digitaler Kommunikation oder medizinischer Informatik. An einigen Universitäten sind auch KI-Themen schon explizit Lehrinhalt, so etwa Machine Learning, Deep Learning, KI-Diagnostik oder KI-basierte Entscheidungssysteme. Meistens handelt es sich um Wahlangebote.



Das neue Altersvorsorgedepot:

Was Ärztinnen und Ärzte jetzt wissen müssen



Wie hoch ist die maximale Förderung?

Bei einem Eigenbeitrag von 1.800 Euro pro Jahr sind Zulagen in Höhe von bis zu 540 Euro pro Jahr und maximal 300 Euro je Kind pro Jahr möglich.

Reicht das Altersvorsorgedepot allein aus?

In den meisten Fällen nicht. Es ist ein wichtiger Baustein, ersetzt aber keine umfassende, individuelle Vorsorgestrategie.

Wann sollte ich mit der Planung beginnen?

Je früher, desto besser. Der Zinseszineffekt entfaltet seine stärkste Wirkung über lange Zeiträume – wer früh beginnt, profitiert am meisten.

Fazit

Das Altersvorsorgedepot ist ein echter Fortschritt für die private Altersvorsorge in Deutschland – und für Mitglieder der Versorgungswerke ein historischer Schritt. Die staatliche Förderung ist attraktiv und sollte in den meisten Fällen genutzt werden. Gleichzeitig gilt: Ein Produkt allein sichert den Ruhestand nicht. Wer im Alter finanziell gut aufgestellt sein möchte, braucht eine individuelle Strategie, die alle relevanten Bausteine berücksichtigt.

Schon jetzt zum neuen Altersvorsorgedepot beraten lassen

Sowohl das Altersvorsorgedepot als auch das Standarddepot werden ab Januar 2027 von der Deutschen Ärzte Finanz angeboten. Natürlich können Sie sich schon jetzt persönlich beraten lassen! Die Vorsorgeexpertinnen und -experten sind mit den besonderen Bedürfnissen, Berufsbiografien und Versorgungssituationen von Ärztinnen und Ärzten bestens vertraut.

Sie möchten mehr zum neuen Altersvorsorgedepot 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.

Wer darüber hinaus für das Alter vorsorgen möchte, sollte zusätzliche, steuerlich geförderte Bausteine für seine Altersvorsorge prüfen. Die genaue Förderstruktur hängt von der individuellen Einzahlungshöhe ab und lässt sich am besten im persönlichen Beratungsgespräch durchrechnen.

Die wichtigste Neuerung für Versorgungswerkmitglieder

Für Ärztinnen und Ärzte, die Mitglied eines berufsständischen Versorgungswerks sind, ist die Reform besonders bedeutsam. Bisher waren Mitglieder des Versorgungswerks von der staatlichen Förderung dieser Form der privaten Altersvorsorge grundsätzlich ausgeschlossen. Mit dem neuen Altersvorsorgedepot fällt diese Einschränkung weg: Ab 2027 sind auch Versorgungswerkmitglieder erstmals förderberechtigt und können die staatlichen Zulagen in vollem Umfang nutzen.

Steuerliche Vorteile des Altersvorsorgedepots

Das Altersvorsorgedepot überzeugt nicht nur durch direkte Zulagen, sondern auch durch attraktive steuerliche Vorteile. Die eingezahlten Beiträge und die Zulagen können steuerlich geltend gemacht werden, was den tatsächlichen Netto-Eigenbeitrag in der Ansparphase spürbar reduzieren kann. Hinzu kommt der Effekt der Steuerstundung: Während der gesamten Ansparphase fallen auf Erträge, Zinsen und Kursgewinne keine Steuern an. Das angesparte Kapital kann so über Jahre und Jahrzehnte ungemindert wachsen und den Zinseszineffekt voll entfalten. Erst im Rentenalter werden die Auszahlungen als Einkommen versteuert – zu einem Steuersatz, der in den meisten Fällen deutlich unter dem liegt, der während der aktiven Berufsphase gilt.

Die wichtigsten Fragen auf einen Blick Bin ich als Mitglied des Versorgungswerkes förderberechtigt?

Ja. Mit der Reform erhalten Mitglieder der Versorgungswerke erstmals in vollem Umfang Zugang zur staatlichen Förderung.

Die private Altersvorsorge in Deutschland steht vor einem grundlegenden Wandel. Die Einführung des Altersvorsorgedepots zum 1. Januar 2027 soll die private Vorsorge attraktiver, transparenter und zugänglicher machen. Für Ärztinnen und Ärzte ist sie aus einem besonderen Grund bedeutsam: Die Mitglieder der Versorgungswerke erhalten erstmals Zugang zu dieser Form der staatlichen Förderung – eine Neuerung, die es in dieser Form bislang nicht gab.

Was ist das Altersvorsorgedepot?

Das Altersvorsorgedepot ist ein staatlich gefördertes, kapitalmarktbasiertes Instrument für die private Altersvorsorge. Es wurde im Rahmen des Altersvorsorge-Reformgesetzes beschlossen und ersetzt die Riester-Rente als wichtiges Instrument der staatlich geförderten Privatvorsorge.

Das Altersvorsorgedepot gibt es in zwei Varianten:

- Das **Altersvorsorgedepot** in seiner flexiblen Form, bei der Anlegerinnen und Anleger selbst Anlageentscheidungen treffen können.
- Das **Standarddepot** als vereinfachte, vorkonfigurierte Unterform für Sparerinnen und Sparer, die sich nicht selbst um die Auswahl der Fonds kümmern möchten. Für das Standarddepot gilt ein gesetzlicher Kostendeckel in Höhe von einem Prozent.

Wie funktioniert die staatliche Zulagen-Förderung?

Der Staat unterstützt das Sparen mit dem Altersvorsorgedepot durch attraktive, direkte Zulagen. Wer regelmäßig einzahlt, erhält automatisch einen staatlichen Zuschuss on top – ohne großen bürokratischen Aufwand. Die Förderung ist jedoch gedeckelt: Der maximale Eigenbeitrag, auf den Zulagen gewährt werden, beträgt 1.800 Euro pro Jahr.

Steuertipps



Lebenstresor

Vorsorge, die Patienten und Angehörige entlastet

Wenn gesundheitliche Krisen eintreten, zählt jede Information. Der Lebenstresor hilft dabei, wichtige Unterlagen, Ansprechpartner und Vorsorgedokumente an einem Ort zu bündeln und für Vertrauenspersonen zugänglich zu machen.

Viele Menschen kümmern sich um ihre Gesundheit, Versicherungen und finanzielle Absicherung. Doch oft liegen wichtige Informationen verstreut in Ordnern, auf dem Computer oder in verschiedenen Online-Konten. Solange alles gut läuft, fällt das kaum auf. Im Ernstfall wird die Suche nach Vollmachten, Versicherungsunterlagen oder Ansprechpartnern jedoch schnell zur Belastung für Angehörige.

Orientierung, wenn sie am dringendsten gebraucht wird

Ärztinnen und Ärzte erleben regelmäßig Situationen, in denen Familien plötzlich Entscheidungen treffen oder organisatorische Aufgaben übernehmen müssen. Häufig fehlen

dann wichtige Informationen oder sie sind nur schwer auffindbar.

Der Lebenstresor schafft hier Klarheit. Die digitale Plattform bündelt relevante Unterlagen und Informationen an einem zentralen Ort. Dazu gehören beispielsweise Vollmachten, Patientenverfügungen, Versicherungen, Vermögenswerte, Immobilienunterlagen sowie wichtige Kontaktpersonen.

Dabei entscheiden Nutzer selbst, wer auf welche Inhalte zugreifen darf. Angehörige oder andere Vertrauenspersonen erhalten nur die Informationen, die für sie vorgesehen sind.

Entlastung für Familien

Ein typisches Beispiel: Eltern haben ihre Vorsorge geregelt, doch ihre Kinder wissen nicht, wo Unterlagen, Passwörter oder wichtige Dokumente aufbewahrt werden. Im Lebenstresor lassen sich diese Informationen übersichtlich strukturieren und gezielt freigeben.

So entsteht Sicherheit für alle Beteiligten. Angehörige wissen im Bedarfsfall, wo sie wichtige Informationen finden. Gleichzeitig behalten die Nutzer jederzeit die Kontrolle über ihre Daten.

Sicher und zukunftsorientiert

Die Daten werden DSGVO-konform in der EU gespeichert und nach hohen Sicherheitsstandards verschlüsselt. Perspektivisch wird zudem die integrierte KI „Alma“ Nutzer bei Fragen rund um Vorsorge, Erben, Finanzen und weitere wichtige Lebensthemen unterstützen.

Der Lebenstresor bietet damit eine einfache Möglichkeit, frühzeitig Verantwortung zu übernehmen und Angehörige im Ernstfall spürbar zu entlasten. Eine Lösung, die Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten als sinnvolle Ergänzung zur gesundheitlichen und persönlichen Vorsorge empfehlen können.

Mehr Informationen erhalten Sie im Internet: www.steuertipps.de/lebenstresor

Echt HeimatGenuss mit den Ringhotels erleben – und als Hartmannbund-Mitglied 10 % sparen

Seit mehr als 50 Jahren stehen die Ringhotels für „Echt HeimatGenuss“ – von den Alpen bis an die Deutsche See laden Sie unseren Hotels ein, Ihre Zeit zu genießen. Als Hartmannbund-Mitglied profitieren Sie zusätzlich von 10 % Rabatt auf den tagesaktuellen Bestpreis.

Ob Kultur-, Rad- oder Wanderurlaub mit regionaler Kulinarik: In rund 80 privat geführten Hotels mit familiärem Flair spüren Sie das Lebensgefühl der Region und erleben Gastfreundschaft, die von Herzen kommt.

Mitten in den schönsten Regionen Deutschlands gelegen, müssen Sie sich nicht entscheiden zwischen Entspannung und Aktivität. Lassen Sie bei Ihrer Rad- oder Wandertour die Natur auf sich wirken und entdecken Sie dabei die Regionen der Ringhotels, mit vielen kleinen Überraschungen am Wegesrand. Auch als Oldtimer-Fan und Motorradfahrer sind Sie bei den Ringhotels herzlich willkommen. Ihre Gastgeber vor Ort halten zudem immer die besten Touren-Tipps be-

reit. So verbinden die Ringhotels Reisen mit Genuss – mit allen Sinnen.

Neben ereignisreichen Tagen erwarten Sie vielfältige Wellness-Angebote zum Abschalten sowie ausgezeichnete regionale Küche mit exzellenten Weinen, Bieren und Bränden dazu – manchmal sogar von den eigenen Weinbergen.

Doch die Ringhotels sind nicht nur für Ihren nächsten Urlaub die richtige Wahl: Auch für Tagungen und Veranstaltungen bieten sie den passenden Rahmen. Erfahrene Event- und Tagungsspezialisten vor Ort

kümmern sich engagiert um die Organisation Ihrer Veranstaltung und um ein stimmiges Rahmenprogramm.

- Lassen Sie sich persönlich beraten und ein maßgeschneidertes Angebot erstellen – kontaktieren Sie uns unter sales@ringhotels.de oder 089 45 87 03 – 28.
- Bei Anfragen über meetings@ringhotels.de erhalten Sie mit dem Stichwort „Hartmannbund“ auch auf Tagungen 10 % Preisnachlass.

Besuchen Sie ringhotels.de und lassen Sie sich inspirieren.



Junge Fachkräfte gewinnen und binden:

Was Hausarztpraxen attraktiv macht



Kevin Siya – Teamleiter des Deutschen Hausarzt Service

Junge Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Fachangestellte haben neue Erwartungen an ihren Arbeitsplatz. Neben einer sinnstiftenden Tätigkeit zählen planbare Arbeitszeiten, gute Zusammenarbeit im Team und fachliche Weiterentwicklung. Hausarztpraxen, die diese Aspekte berücksichtigen, schaffen wichtige Voraussetzungen, qualifizierte Fachkräfte zu gewinnen und zu binden.

„Viele junge Ärztinnen und Ärzte wünschen sich heute einen Beruf, der sich gut mit ihrer Lebensplanung vereinbaren lässt“, erklärt Kevin Siya, Teamleiter beim Deutschen Hausarzt Service. „Flexible Arbeitszeitmodelle, Teilzeit und Jobsharing können dabei ebenso wichtig sein wie eine verlässliche Einarbeitung und ein wert-schätzendes Arbeitsumfeld.“

Auch die Digitalisierung spielt eine wichtige Rolle. Digitale Dokumentation und klar strukturierte Abläufe erleichtern den Arbeitsalltag und schaffen mehr Zeit für die Patientenversorgung. Davon profitiert

das gesamte Praxisteam. Für MFA sind außerdem Entwicklungsmöglichkeiten, abwechslungsreiche Aufgaben und eine klare Arbeitsteilung entscheidende Faktoren.

Für Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber lohnt es sich daher, Stellenangebote ganzheitlich zu gestalten. Neben den fachlichen Anforderungen sollten sie Informati-

○ ○ Deutscher
● ○ Hausarzt Service

onen zu Arbeitszeiten, Team, Einarbeitung und digitalen Strukturen enthalten. „Wer zeigt, wie der Arbeitsalltag in der Praxis tatsächlich aussieht, spricht Bewerberinnen und Bewerber gezielter an“, so Siya.

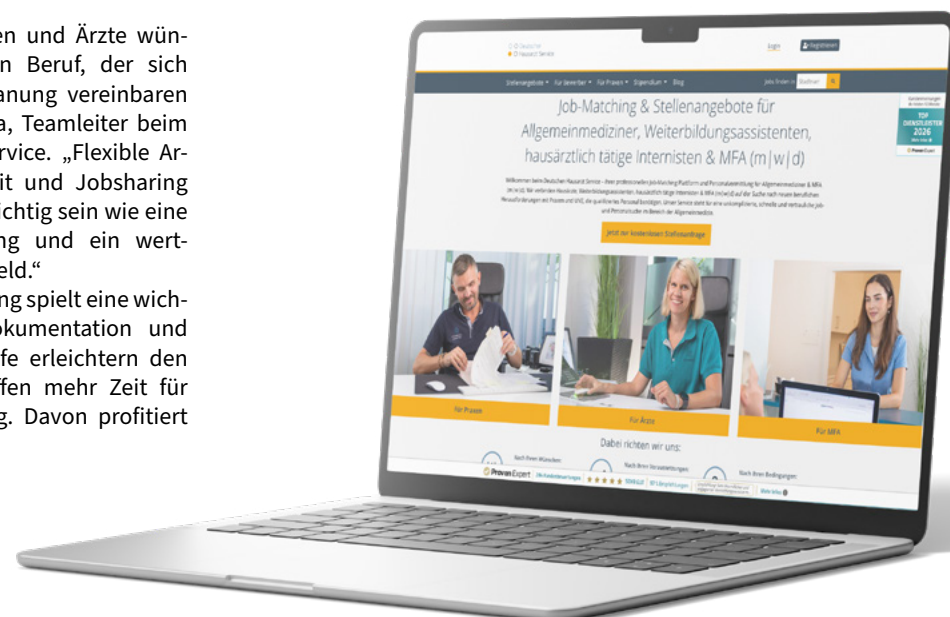
Die passenden Fachkräfte zu finden, ist im Praxisbetrieb oft eine Herausforderung. Der Deutsche Hausarzt Service unterstützt Hausarztpraxen deutschlandweit bei der Suche nach Ärztinnen und Ärzten, Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten sowie Medizinischen Fachangestellten.

Darüber hinaus fördert der Deutsche Hausarzt Service den hausärztlichen Nachwuchs mit einem Weiterbildungsstipendium für angehende Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin.

„Wir achten nicht nur auf die Qualifikation, sondern auch darauf, dass die Erwartungen von Praxis und Bewerber zusammenpassen“, erklärt Siya. „Arbeitszeiten, Teamstruktur und persönliche Ziele sind für ein langfristig erfolgreiches Arbeitsverhältnis genauso wichtig wie die berufliche Erfahrung.“

Bewerbende nutzen den Service vertraulich und kostenfrei. Für Mitglieder des Hartmannbundes gelten exklusive Vorteile.

Weitere Informationen finden Sie unter www.deutscherhausarztservice.de.



GKV-Reform 2027:

Was das neue Beitragssatzstabilisierungsgesetz für (freiwillig) gesetzlich versicherte Ärztinnen und Ärzte bedeutet

Am 10. Juli 2026 hat der Gesetzgeber das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verabschiedet. Die Reform bringt spürbare Veränderungen für alle gesetzlich Krankenversicherten: höhere Zuzahlungen und reduzierte Leistungen. Freiwillig GKV-Versicherte trifft es zusätzlich: Für sie steigt der GKV-Höchstbeitrag auf über 1.300 Euro im Monat – und gleichzeitig wird der Wechsel in die private Krankenversicherung (PKV) durch die Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE) für Angestellte erschwert.

Eine der zentralen Änderungen betrifft die Jahresarbeitsentgeltgrenze (die sogenannte Versicherungspflichtgrenze) sowie die Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Für das Jahr 2027 sind erhebliche Anhebungen vorgesehen: Neben der regulären, lohnentwicklungsbedingten Anpassung (2026: +4,2 %) erfolgt eine außerordentliche Erhöhung von jeweils 300 Euro pro Monat.

Die prognostizierten Werte für 2027 im Überblick:

- **Versicherungspflichtgrenze** steigt von 77.400 Euro/Jahr auf ca. 84.600 Euro/Jahr (7.050 Euro/Monat).
- **Beitragsbemessungsgrenze** erhöht sich von 69.750 Euro/Jahr auf ca. 76.500 Euro/Jahr (6.375 Euro/Monat)

Was bedeutet das konkret für freiwillig GKV-Versicherte?

Freiwillig GKV-Versicherte zahlen ihren Beitrag auf Basis ihres Gesamteinkommens – bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Durch deren Anhebung steigt der monatliche GKV-Höchstbeitrag auf über 1.300 Euro im Monat – eine deutliche Mehrbelastung, sowohl für die Versicherten als auch für Arbeitgeber. Gleichzeitig wird durch die Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Wechsel in die private Krankenversicherung für Angestellte vorübergehend erschwert: Diese Grenze definiert, ab welchem Einkommen ein Wechsel in die PKV überhaupt möglich ist. Liegt das Einkommen unterhalb der neuen Grenze (2027: ca. 84.600 Euro), ist ein Wechsel vorerst nicht möglich.

Leistungen sinken, Eigenanteile steigen

Neben den veränderten Beitragsgrenzen sieht das Gesetz auch direkte Leistungskürzungen vor – ein Aspekt, der im Praxisalltag unmittelbar spürbar werden dürfte:

Zahnersatz: Der gesetzliche Festzuschuss wird um 10 % Punkte gesenkt (z.B. von bisher 60 % auf 50 %). Für Patientinnen und Patienten bedeutet das: Der Eigenanteil bei Zahnersatz steigt.

Zuzahlungen: Gleich mehrere Zuzahlungsbeträge erhöhen sich um jeweils 50 %. Betroffen sind u.a. verschreibungspflichtige Medikamente, stationäre Krankenhausaufenthalte, Fahrtkosten sowie Heil- und Hilfsmittel. Wer regelmäßig auf entsprechende Leistungen angewiesen ist, wird die Mehrbelastung im Alltag deutlich merken.

Homöopathie und anthroposophische Medizin: Bislang haben einzelne Krankenkassen homöopathische und anthroposophische Behandlungen inkl. Arzneimittel als freiwillige Satzungsleistung erstattet. Diese Leistungen entfallen künftig vollständig. Entsprechende Kosten müssen Versicherte dann komplett selbst tragen.

Ausblick: Was ab 2028 auf gesetzlich Versicherte zukommt

Die Reform reicht über das Jahr 2027 hinaus. Zwei weitere Änderungen sind für 2028 geplant:

Einschränkungen bei der Familienversicherung: Ab 2028 entfällt die beitragsfreie Familienversicherung für Ehepartner:innen ohne eigenes Einkommen (§ 10 SGB V). Sofern keine Ausnahmeregelung greift, wird ein Zuschlag von 2,5 % des beitragspflichtigen Einkommens erhoben. Das trifft vor allem Familien, in denen die/der Partner:in nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist.

Obligatorisches Zweitmeinungsverfahren: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll ab 2028 jährlich zwei planbare Eingriffe bestimmen, für die vor der Durchführung zwingend eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt werden muss – be-



ginnend in 2028 mit Eingriffen mit hohem Operationsvolumen wie Hüftgelenkersatz und Wirbelsäulenoperationen.

Pflegereform 2026: Weitere Belastungen in Sicht

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist nicht das letzte Wort des Gesetzgebers. Mit dem **Pflegeneuordnungsgesetz** befindet sich bereits die nächste Reform im parlamentarischen Beratungsprozess. Expert:innen rechnen mit einer weiteren Anhebung der Pflegebeiträge – ein Schritt, der angesichts der demografischen Entwicklung und der strukturellen Unterfinanzierung der sozialen Pflegeversicherung als weitgehend unausweichlich gilt.

Fazit. Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz markiert einen deutlichen Einschnitt im System der gesetzlichen Krankenversicherung und trifft freiwillig GKV-versicherte Ärztinnen und Ärzte gleich mehrfach: Steigende Beiträge, sinkende Leistungen, höhere Eigenanteile – und für Angestellte ein erschwelter Wechsel in die PKV. Von daher lohnt es sich, die eigene Krankenversicherung genau zu prüfen – sowohl hinsichtlich der Beitragsentwicklung als auch mit Blick auf mögliche Versorgungslücken, die durch die Leistungskürzungen entstehen können. Eine individuelle Beratung durch einen Berater:in der Deutschen Ärzte Finanz kann helfen, den persönlichen Bedarf zu erkennen.

Hinweis: Angaben zu den Werten für 2027 sind Prognosewerte und können von den endgültigen gesetzlichen Werten abweichen.



Was gute klinische KI heute leisten muss



Im dicht getakteten Praxis- und Klinikalltag bleibt kaum Zeit für aufwendige Recherchen. Entsprechend schnell wächst das Angebot an KI-Tools, die im Alltag entlasten sollen. Dabei stellen sich Ärztinnen und Ärzten zwei wichtige Fragen: Welche KI-Unterstützung hilft mir im Alltag wirklich weiter und wie verlässlich sind die Antworten?

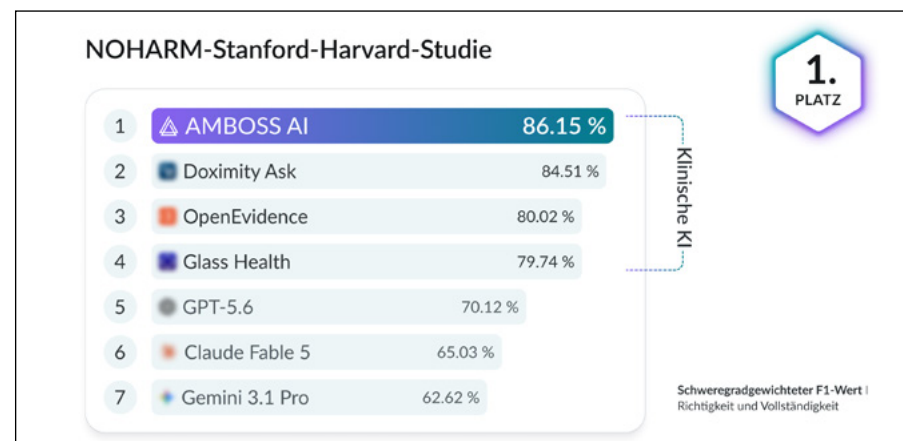
Schon lange vor dem aktuellen KI-Boom hat AMBOSS als medizinische Wissensplattform nationale Leitlinien präzise für den schnellen Einsatz im Behandlungsalltag redaktionell aufbereitet. Genau diesem Anspruch folgt auch der AMBOSS AI Mode. Der klinische KI-Chat liefert evidenzbasierte Antworten auf medizinische Fragen – schnell und gezielt zusammengestellt aus verschiedenen klinisch relevanten Quellen [1].

Alle deutschen Leitlinien jetzt im AI Mode integriert

Seit Neuestem greift der AI Mode auch auf sämtliche deutschen Leitlinien in ihrer vollständigen Fassung zurück. Damit weitet AMBOSS die bisherige Quellenbasis deutlich aus, die bisher aus redaktionell erstellten AMBOSS-Inhalten und Quellen anerkannter Institutionen wie dem RKI oder NEJM bestand [2]. Somit verschiebt AMBOSS die Grenze dessen, was ein Recherchewerkzeug auf Facharztniveau bisher leisten konnte: Ärztinnen und Ärzte erhalten jetzt die vollständige Leitlinientiefe und -breite, exakt zugeschnitten auf ihre klinische Frage, unmittelbar verfügbar und ohne Abstriche bei der Verlässlichkeit. Und gerade die Verlässlichkeit von Informationen ist im medizinischen Kontext entscheidend für die Patientensicherheit. Durch die Erweiterung trägt der AI Mode außerdem dazu bei, dass evidenzbasierte Leitlinienempfehlungen schneller in die Praxis gelangen.

Je nach Kontext der Frage und Fachrichtung zieht der AI Mode die passenden Leitlinien heran. Weichen Empfehlungen verschiedener Quellen voneinander ab, stellt er die Unterschiede transparent gegenüber. Die klinische Abwägung bleibt stets bei den Behandelnden [2].

Darüber hinaus werden im Rahmen einer Testphase die ersten klinischen Behandlungsstandards (SOPs) in den AI Mode



eingebunden, um Antworten nahtlos an interne Hausstandards anzupassen.

AMBOSS AI Mode übertrifft führende KI-Systeme

Ein aktueller Beitrag in Nature Medicine mahnt: Medizinische KI sollte man nicht nur im Labor bewerten, sondern daran, was sie für Patientinnen und Patienten tatsächlich bewirkt [3]. Genau hier setzt die Stanford-Harvard-NOHARM-Studie an: Der Benchmark evaluiert KI-Systeme anhand realer ärztlicher Konsultationsfälle. In der Neuauflage der Studie wurden über 20 generalistische KI-Systeme sowie vier klinische KI-Tools verglichen. Untersucht wurden zwei Fehlertypen: Fehler durch Handeln, bei denen eine KI aktiv unangemessene Maßnahmen empfahl, und Fehler durch Unterlassung, bei denen wichtige Empfehlungen fehlten [5][6].

Das Ergebnis: Spezialisierte klinische KI-Systeme übertrafen generalistische

Sprachmodelle wie Claude oder ChatGPT deutlich. Insgesamt waren über 80 % der aufgetretenen schweren Fehler auf Unterlassung zurückzuführen. Den höchsten Wert für fachliche Korrektheit und Vollständigkeit erreichte AMBOSS AI (US-Variante), bei zugleich niedrigster Fehlerquote (2,9 %) [4][5].

Die Studie zeigt außerdem, dass Ärztinnen und Ärzte, die KI-Empfehlungen aktiv einbeziehen, in randomisierten Testreihen sicherere Entscheidungen trafen als ohne KI-Unterstützung [5]. Die Frage lautet demnach nicht mehr, ob KI im klinischen Alltag genutzt werden sollte, sondern welche Tools die meiste Entlastung bieten und am sichersten sind.

KI-Kompetenz aufbauen

Mit der breiten Nutzung von KI-Tools steigt auch die Unsicherheit im richtigen Umgang mit ihnen. Umso wichtiger ist es, den sicheren Einsatz im Versorgungsalltag aktiv zu schulen. Aus diesem Bedarf heraus hat AMBOSS die Online-Fortbildung KI-Kompetenz in der Medizin entwickelt. Neben technologischen Grundlagen beleuchtet der Kurs ethisch-rechtliche Rahmenbedingungen, konkrete klinische Anwendungsbeispiele und den Umgang mit Risiken.

- [1] AMBOSS Website: „AMBOSS AI Mode“. <https://www.amboss.com/de/ai-mode>
- [2] AMBOSS Newsroom: „Gesamtes Leitlinienwissen, sofort anwendbar“, 21.08.2026. <https://www.amboss.com/de/news/gesamtes-leitlinienwissen-sofort-anwendbar>
- [3] „Show us the evidence for the value of medical“ (Editorial). Nature Medicine, 2026. <https://doi.org/10.1038/s41591-026-04389-4>
- [4] ARISE AI Research Network: MAST Leaderboard. <https://www.arise-ai.org/mast/technical>
- [5] AMBOSS Newsroom: „AMBOSS übertrifft in unabhängiger Stanford-Harvard-Studie führende KI-Systeme“, 28.07.2026. <https://www.amboss.com/de/news/noharm>
- [6] Wu, D. et al.: „First, do NOHARM: a medical safety benchmark and randomized study of physician and AI teaming on clinical consultations“. Preprint. <https://arxiv.org/pdf/2512.01241>

AMBOSS-Fortbildung „KI-Kompetenz in der Medizin“

Die Online-Fortbildung vermittelt in 5 Videos (insg. 110 Minuten) Grundlagenwissen zum Einsatz von KI in der Medizin. KI-Fachleute geben Einblicke in die aktuelle Forschung und berichten aus der Praxis.

Vorteil für HB-Mitglieder: 50 % Rabatt auf die Kursgebühr (24,50 € statt 49 €)
go.amboss.com/ki-kurs-hb50



ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

E-Rechnung in der Arztpraxis

Nebenumsätze und Gesellschaften vor Jahresende prüfen

Bereits seit 2025 müssen Arztpraxen E-Rechnungen empfangen können. Bei den eigenen Ausgangsrechnungen wird es ab 2027 zunächst nur für einen Teil der Praxen ernst. Wer allein auf die steuerfreien Heilbehandlungen schaut, kann jedoch relevante Umsätze übersehen. Die Pflicht zur Ausstellung einer E-Rechnung betrifft grundsätzlich steuerpflichtige Leistungen zwischen inländischen Unternehmern. Rechnungen an Privatpatienten und über steuerfreie Heilbehandlungen fallen nicht darunter. Doch nicht jede ärztliche Leistung ist eine Heilbehandlung. Medizinisch nicht indizierte ästhetische Behandlungen, bestimmte Gutachten oder Vorträge können steuerpflichtig sein. Bei IGel entscheidet nicht die Bezeichnung, sondern ob ein therapeutischer oder vorbeugender medizinischer Zweck im Vordergrund steht.

Gesellschaften getrennt betrachten

Auch andere Bereiche können betroffen sein. Überlässt eine Apparategemeinschaft Geräte oder bietet eine Gesellschaft Schulungen an, können steuerpflichtige Umsätze zwischen Unternehmern vorliegen. Da solche Gesellschaften eigenständige Unternehmer sind, müssen ihre Leistungen,

Rechnungsempfänger und Umsätze jeweils gesondert betrachtet werden.

800.000 Euro richtig ermitteln

Ob betroffene Rechnungen bereits ab 2027 als E-Rechnung auszustellen sind, richtet sich nach dem Gesamtumsatz des Rechnungsausstellers im Jahr 2026. Übersteigt er 800.000 Euro, endet die Übergangsfrist am 31. Dezember 2026. Bis zu dieser Grenze bleiben Papier- oder mit Zustimmung des Empfängers auch PDF-Rechnungen noch bis Ende 2027 zulässig. Steuerfreie Heilbehandlungen zählen bei der Ermittlung des Gesamtumsatzes nicht mit.

Eingangsrechnungen richtig verarbeiten

Für den Empfang einer E-Rechnung genügt grundsätzlich ein E-Mail-Postfach. Ein einfaches PDF ist jedoch keine E-Rechnung. Erforderlich sind strukturierte, elektronisch verarbeitbare Daten, z. B. als XRechnung oder ZUGFeRD-Datei. Zumindest der strukturierte Teil muss in seiner ursprünglichen Form aufbewahrt werden.

Bei rein heilberuflicher Tätigkeit spielt der Vorsteuerabzug meist keine Rolle. Anders kann es bei steuerpflichtigen Tätigkeiten sein. War ein Lieferant zur E-Rechnung

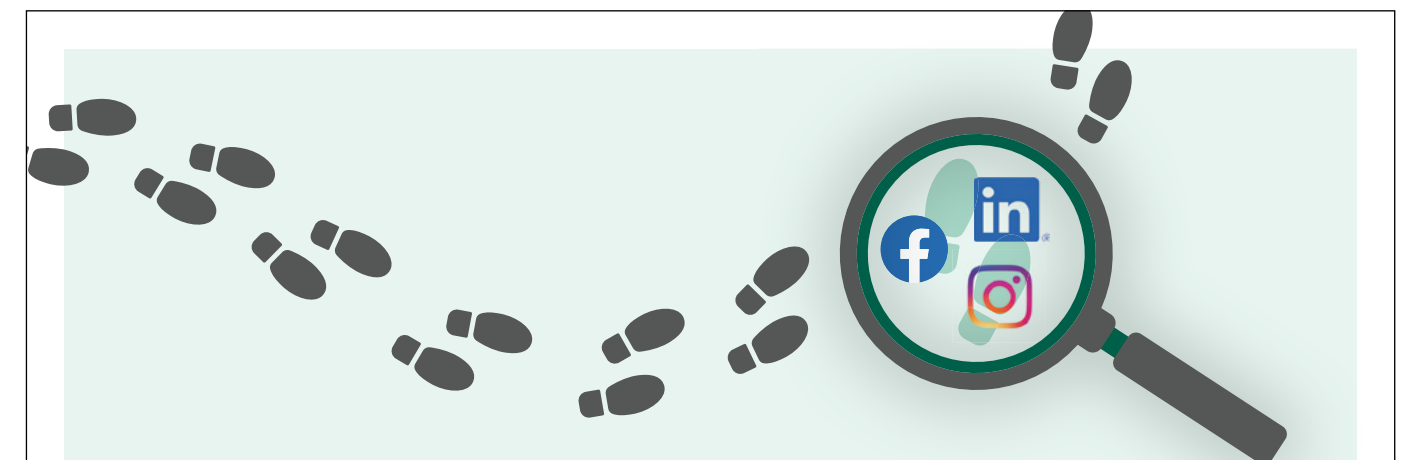
verpflichtet, ist eine bloße PDF-Rechnung nicht ordnungsgemäß. Sie kann eine Berichtigung erforderlich machen und den Vorsteuerabzug verzögern. Arztpraxen sollten daher nicht nur ihre Ausgangsrechnungen, sondern auch den Rechnungseingang rechtzeitig umstellen.

Autorin:

Ines Schmidt, Steuerberaterin, Fachberater Gesundheitswesen (IBG/HS Bremerhaven) Fachberaterin für den Heilberufsbereich (IFU/ISM gGmbH) im ETL ADVISION-Verbund aus Frankfurt (Oder), spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen

Kontakt:

ETL ADMEDIO, Steuerberatungsgesellschaft mbH & Co. Frankfurt (Oder) KG
 Franz-Mehring-Straße 23a,
 15230 Frankfurt (Oder), (0335) 564980
admedio-frankfurtoder@etl.de
www.admedio-frankfurtoder.de



FOLGEN SIE UNS AUF SOCIAL MEDIA!

Sie finden uns auf Instagram, Facebook und LinkedIn



Hartmannbund
 Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Altersvorsorgedepot:

Neue staatliche Förderung für alle Heilberufler

Ab Januar 2027 gibt es ein neues Altersvorsorgeprodukt: das Altersvorsorgedepot. Nach Riester und Rürup ist es die dritte, grundlegend neue Form der geförderten privaten Altersvorsorge. Diese neue Form ist stärker kapitalmarktbasiert und löst de facto die Riester-Rente ab, die ab diesem Zeitpunkt voraussichtlich nicht mehr neu abgeschlossen werden kann.

Für Ärztinnen und Ärzte ergeben sich durch das Altersvorsorgedepot breit angelegte Möglichkeiten, zusätzlich zur Rente aus den berufsständischen Versorgungseinrichtungen staatlich gefördert und chancenorientiert am Kapitalmarkt für den Ruhestand vorzusorgen.

Auch für Pflichtmitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen

Ein zentraler Unterschied zur bisherigen Riester-Förderung ist, dass ab 2027 auch Pflichtmitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen unmittelbar förderberechtigt sind. Damit erhalten sowohl angestellte als auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Zugang zu staatlichen Zulagen für ihre Altersvorsorge. Besonders für Selbstständige im Gesundheitswesen ist das eine spürbare Verbesserung, denn sie waren von der Riester-Förderung bislang weitgehend ausgeschlossen.

So funktioniert das Altersvorsorgedepot

Das Prinzip der neuen Altersvorsorge ist einfach: Bereits ab 10 Euro im Monat kann über einen Sparplan regelmäßig Geld in ein eigens für diesen Zweck konzipiertes Wertpapierdepot eingezahlt werden. Zusätzlich möglich sind vierteljährliche oder jährliche Einzahlungen. Der Staat fördert diese Einzahlung

einkommensunabhängig mit Zulagen, wobei die Obergrenze für förderfähige Beiträge bei 1.800 Euro pro Jahr liegt.

Das Geld kann in unterschiedliche Kapitalmarktprodukte investiert werden. Das sogenannte Standarddepot kombiniert in der Regel einen chancenreicheren Fonds mit einem risikoärmeren Fonds, um Rendite-Chancen und Sicherheit auszubalancieren. In der Ansparphase fließen sowohl die erwirtschafteten Renditen aus der Geldanlage als auch die staatlichen Zulagen ins Depot. Zusätzlich profitieren die Anlegenden vom Zinseszineffekt.

Die Förderung im Detail

Die staatliche Zulage wird einkommensunabhängig gewährt. Für die ersten 360 Euro Eigenbeitrag im Jahr zahlt der Staat 50 Cent pro Euro dazu, für jeden weiteren Euro bis zu einer Höchstgrenze von 1.800 Euro noch 25 Cent. Die maximale Förderung liegt damit bei 540 Euro jährlich. Voraussetzung für eine staatliche Zulage ist eine eigene Einzahlung von mindestens 120 Euro im Jahr.

Wer im Jahr 1.800 Euro einzahlt, bekommt vom Staat zusätzlich 540 Euro Zulage. Insgesamt fließen dann 2.340 Euro ins Depot.

Die Beitragshöhe und Zahlungsintervalle lassen sich während der Ansparphase jederzeit an veränderte Lebens- und Einkommensverhältnisse anpassen, wobei eine vorzeitige Beendigung der Ansparphase grundsätzlich möglich ist. Die Auszahlungsphase beginnt frühestens mit 65 Jahren. Wenn der Renteneintritt erst mit 70 Jahren geplant ist, kann die staatliche Förderung bis zum 70. Lebensjahr erfolgen.

Familien profitieren zusätzlich: Ein Elternteil erhält pro Kind eine Kinderzulage von



100 Prozent auf jeden gezahlten Euro, maximal 300 Euro. Die volle Förderung setzt einen Eigenbeitrag von mindestens 25 Euro monatlich voraus. Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger unter 25 Jahren erhalten zudem einmalig einen Startbonus von 200 Euro.

Wer noch mehr als die 1.800 Euro jährlich sparen möchte, kann bis zu 6.840 Euro pro Jahr und pro Depot einzahlen – bei zwei Depots, die jeder Anlegende abschließen darf, also maximal 13.680 Euro pro Jahr. Für Einzahlungen über 1.800 Euro hinaus gibt es zwar keine weitere staatliche Zulage. Trotzdem können sie interessant sein, da die jährlichen Kosten für das Standarddepot auf ein Prozent gedeckelt.

Steuerliche Behandlung

Die Einzahlungen und Zulagen können steuerlich geltend gemacht werden. Beim förderfähigen Maximalbetrag also – inklusive der staatlichen Förderung – bis zu 2.340 Euro jährlich. Mit Beginn der Auszahlungsphase müssen die ausgezahlten Beträge nach dem individuellen Steuersatz versteuert werden, der nach dem Erwerbsleben aber in der Regel niedriger als in der Ansparphase ist.

Was passiert mit bestehenden Riester Verträgen

Wer bereits einen Riester-Vertrag hat, sollte – bestenfalls zusammen mit seinem Finanzberater – genau prüfen, ob ein Wechsel zum neuen Altersvorsorgedepot lohnt. Entscheidend sind u. a. die bisherige Sparleistung, die Vertragslaufzeit, der garantierte Zinssatz sowie bereits gewährte Zulagen und Steuervorteile. So kann es in manchen Fällen sinnvoll sein, den Riester-Vertrag stillzulegen und künftig die Förderung über das Altersvorsorgedepot zu nutzen.

Persönlichen Vermögenseffekt ausrechnen und vormerken lassen

Ärztinnen und Ärzte, die den Effekt des Altersvorsorgedepots auf ihren persönlichen Vermögensaufbau ermitteln möchten, können einen Altersvorsorgerechner nutzen, den die apoBank auf ihrer Website unter www.apobank.de/avd zur Verfügung stellt. Dort kann man sich zudem bereits für das neue Altersvorsorgedepot vormerken lassen.

Eigene Einzahlung pro Jahr	Staatliche Zuzahlung pro Euro	Jährliche Förderung	Gesamtsumme im Depot
(ab) 120 Euro	50 Cent =	60 Euro	180 Euro
(bis) 360 Euro	50 Cent =	180 Euro	540 Euro
(ab) 361 Euro	50 Cent auf die 360 Euro 25 Cent auf den weiteren Euro =	180,25 Euro	541,25 Euro
(bis) 1.800 Euro	50 Cent auf die 360 Euro 25 Cent auf 1.440 Euro =	540 Euro	2.340 Euro

(Quelle: apoBank)

Sparen kann so einfach sein – mit BSW

Mehr Vorteile. Mehr Cashback. Mehr vom Geld.



Steigende Lebenshaltungskosten machen sich in beinahe jedem Lebensbereich bemerkbar. Gleichzeitig fehlt im Alltag oft die Zeit, regelmäßig Preise zu vergleichen, Rabattaktionen zu verfolgen oder nach den besten Angeboten zu suchen. Doch Sparen muss weder kompliziert noch zeitaufwendig sein. Die BSW-Karte begleitet Sie überall dort, wo Sie ohnehin Geld ausgeben.

Ob beim Einkauf, auf Reisen oder rund ums Auto – mit der BSW-Mitgliedschaft sparen Sie bei vielen Ausgaben des Alltags ganz automatisch. Profitieren Sie von attraktiven Preisvorteilen bei über **20.000 Partnergeschäften** vor Ort und **1.100 Onlineshops**, statt stundenlang nach Angeboten zu suchen.

Vorteilssysteme gibt es viele – warum zu BSW?

Sicherlich denken Sie sich jetzt: „Aber Vorteilssysteme gibt es viele, warum sollte ich zu BSW gehen?“. Wir zeigen Ihnen unsere vielfältigen Vorteile, die auf Sie warten.

Cashback statt Punktesammeln

Viele Vorteilsprogramme setzen auf Bonuspunkte, die erst später eingelöst werden können oder an Bedingungen geknüpft sind. Bei BSW gibt es keine komplizierten Bonusysteme. Sie erhalten bares Geld zurück und das direkt auf Ihr Girokonto. Ganz einfach, unkompliziert und nachvollziehbar.

Vorteile in vielen Lebensbereichen

Riesige Reiseangebote, hohe Rabatte und großartige Preisvorteile – egal ob beim Wocheneinkauf, der nächsten Urlaubsreise oder bei einer größeren Anschaffung – BSW begleitet Sie im Alltag und hilft Ihnen dabei, dauerhaft Geld zu sparen.

Einkaufen im Großmarkt

Mehr einkaufen, mehr sparen – Sie erhalten exklusiv Zugang zu teilnehmenden Großmärkten wie EDEKA Foodservice und Selgros. Als besonderes Highlight profitieren Sie dort von 2 % Direktabzug auf Ihren Einkauf.

Mit Vorteilen schenken

Im BSW-Gutscheinshop erhalten Sie Gutscheine zahlreicher bekannter Marken wie IKEA, Douglas oder OBI zu attraktiven Konditionen. Eine schöne Möglichkeit, anderen eine Freude zu machen und gleichzeitig selbst zu sparen.

Gemeinsam mehr erreichen

Familienmitglieder können die Vorteile der BSW-Mitgliedschaft kostenlos mitnutzen. So profitiert die ganze Familie von den vielen Sparmöglichkeiten.

10€-Willkommensbonus

Sie erhalten jeweils für Ihren ersten Einkauf mit der BSW-Karte vor Ort und im In-

ternet eine 5€-Gutschrift auf dem BSW-Mitgliedskonto. So leicht und einfach kann man mit dem Sparen starten.

Persönliche und kompetente Beratung

Für uns vom BSW bleibt persönliche Beratung unersetzlich. Hinter BSW steht keine KI, sondern Menschen. Unser Mitgliederservice unterstützt Sie persönlich, kompetent und zuverlässig bei allen Fragen rund um Ihre Mitgliedschaft und Ihre Sparvorteile.

Schon kleine Ersparnisse summieren sich im Laufe eines Jahres zu einem spürbaren Betrag. Nutzen Sie die Möglichkeit und integrieren Sie das Sparen in Ihren Alltag – mit BSW.

Eine Mitgliedschaft zum Ausprobieren

Als Hartmannbund-Mitglied können Sie das BSW ganz entspannt kennenlernen: Nutzen Sie die Möglichkeit und testen Sie die BSW-Mitgliedschaft drei Monate kostenlos. Entscheiden Sie sich anschließend für eine Mitgliedschaft, profitieren Sie dauerhaft vom exklusiven Vorteilspreis von 33 € pro Jahr statt regulär 36,90 €.

Jetzt informieren und BSW-Mitgliedschaft abschließen:

Weitere Informationen finden Sie unter www.hartmannbund.de/bsw oder telefonisch unter 0800 279 25 82 (kostenfrei), Montag bis Freitag von 8:00 bis 18:00 Uhr.



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)
Julia Leskow
Tel.: 030 206208-56



Kleinanzeigen für Mitglieder kostenlos*

Weiterbildungsassistent Allgemeinmedizin (m/w/d) in modernem MVZ im Alpenvorland

ab Jan. 2027 für Praxis mit 3 Standorten im Pfaffenwinkel gesucht (Voll-/Teilzeit), 24-monatige WB-Ermächtigung, breites Spektrum (Geriatric, Polygraphie, Psychosomatik). Attraktiver Wohn- und Arbeitsort in Schongau, betriebliche Altersvorsorge.
Kontakt: Martin Kayser | bewerbung@praxis-kayser.de

FÄ/FA für Nephrologie oder Ärztin/Arzt mit fortgeschrittener Weiterbildung Nephrologie für Praxisnachfolge Raum Gera-Greiz-Eisenberg gesucht

Für unsere seit 35 Jahren erfolgreich etablierte überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit drei Standorten in der Europäischen Metropolregion Mitteldeutschland suchen wir im Rahmen einer geordneten Praxisnachfolge für einen der Partner eine motivierte Nephrologin/einen motivierten Nephrologen (m/w/d), die/der sich einbringen, die Zukunft gemeinsam gestalten und Verantwortung übernehmen will. Alternativ freuen wir uns über Bewerbungen von Ärztinnen/Ärzten (m/w/d) mit fortgeschrittener Weiterbildung Nephrologie oder Internisten mit Interesse für die Nephrologie. Wir verfügen über die Weiterbildungsermächtigung für 12 Monate ambulante Nephrologie. Wir bieten:

- eine umfassende Einarbeitung in einem freundlichen Team
 - eine wirtschaftlich sehr interessante solide Zukunftsperspektive
 - ein abwechslungsreiches Arbeitsfeld mit eingespielten Arbeitsabläufen und verlässlichen Organisationsstrukturen, welches die gesamte ambulante Nephrologie mit Transplantationsnachsorge, sämtliche Dialyse-Verfahren, die Lipidapherese und die konsiliarische Tätigkeit in zwei assoziierten Krankenhäusern umfasst
 - persönlichen Gestaltungsspielraum
 - attraktive Arbeits- und Lebensbedingungen mit einer überdurchschnittlich guten Work-Life-Balance
- Wir freuen uns über Ihre Bewerbung unter Chiffre: 082665 an redaktion@hartmannbund.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-siegmund@osnnet.de.

Facharzt für Innere Medizin (m/w/d) in Trostberg gesucht

zur Mitarbeit im MVZ Trostberg wird ein/e FA/FÄ gesucht, Weiterbildung im Bereich Pulmologie/Kardiologie möglich, Vollzeit- oder Teilzeitanstellung
Bewerbungen bitte an: personal@dr-poehmerer.de, oder telefonisch unter 0173 9156305



**Ärztesellschaft für
Präventionsmedizin und
klassische Naturheilverfahren
Kneippärztebund e.V.**

Experten für ärztliche Fort- und Weiterbildungen

Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren

Theorie Module + 80 Stunden Fallseminare

Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin

Theorie Module + 120 Stunden Fallseminare

Psychosomatische Grundversorgung

50 Stunden Theorie + Praxis

Intensivkurs Kneippmedizin

Abschluss „Kneipparzt-Diplom (KÄB)“ 5-tägiger Intensivkurs

Sport und Ernährung

Wochenendseminar 1,5 Tage

Orthopädie für die tägliche Praxis

Wochenendseminar 1,5 Tage

Wald-Therapeut

Therapie im Wald – Kooperation mit Bayerischen Universitäten

Wald-Gesundheitstrainer

Prävention im Wald – Kooperation mit Bayerischen Universitäten



Kursort: Bad Wörishofen
Informationen und Termine
www.kneippaerztebund.de
Tel. (0 82 47) 901 10

FÄ/FA für Allgemeinmedizin und Gynäkologie in Wennigsen gesucht

Zur Praxisweiterführung sucht das Praxisteam der Ärztepraxis Klosteramthof zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen FÄ/FA für Allgemeinmedizin sowie Gynäkologie. Es erwarten Sie sehr gut ausgebildete und engagierte Helferinnen (NäPa, VERAH, Hygienebeauftragte, Abrechnungsmanagerin und Praxismanagerin). Bei Interesse melden Sie sich bitte unter: info@aerztepraxis-klosteramthof.de oder telefonisch: 0172 6527523

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.)
Annabell Wagner
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 98982-94 · Fax 0228 98982-99
E-Mail: r.henseler@koellen.de

Anzeigenverwaltung:

Ralf Henseler, 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

Tag der Privatmedizin 2026

Privatmedizin vor wichtigen Weichenstellungen

Die GOÄneu nimmt Gestalt an, während das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz Vertragsarztpraxen weiter belastet. Auch wenn die neue private Gebührenordnung keine sprunghaften Einnahmewachse erwarten lässt, denken immer mehr Niedergelassene über den Ausbau ihrer Privatbehandlung oder den Wechsel in eine reine Privatpraxis nach. Denn hier lässt sich die Praxistätigkeit wenigstens selbst gestalten. Dieser aktuellen Situation widmet sich der vom Privärztlichen Bundesverband PBV herausgegebene Tag der Privatmedizin am 21. November in Frankfurt/Main.

GOÄneu: Was kommt auf die Praxis zu?

Ende August haben BÄK und PKV-Verband dem BMG eine aktualisierte Fassung ihres GOÄ-Entwurfs übergeben; ein Inkrafttreten zum 1. Januar 2028 bleibt das Ziel. Welche praktischen und wirtschaftlichen Folgen die neue Bewertungssystematik haben kann, wird beim Tag der Privatmedizin politisch eingeordnet und in einem Workshop anhand typischer Behandlungsfälle untersucht.

Privatpraxis wird zur realen Option

Fest steht: Das Interesse an größerer – privärztlicher – Unabhängigkeit. Eine Umfrage* unter 843 Niedergelassenen mit GKV-Zulassung ergab: 19 Prozent planen konkret den Wechsel in eine reine Privatpraxis, weitere 59 Prozent haben sich bereits damit beschäftigt.

Einer der Kongressworkshops richtet sich deshalb an Ärztinnen und Ärzte, die einen Einstieg oder Wechsel in die Privatpraxis erwägen. Darüber hinaus geht es um die Weiterentwicklung der Privatbehandlung: Welche Leistungen passen zum Praxisprofil, wie sollten Abläufe und Abrechnung organisiert und Angebote überzeugend kommuniziert werden?

Orientierung und Impulse

Unter dem Leitgedanken „Orientierung in bewegten Zeiten“ verbindet der Jahreskongress politische Einordnung mit konkreten Praxisimpulsen. Themen sind u. a. KI, Datenschutz und E-Rechnung ab 2027 sowie Prävention, Longevity und Adipositas therapie. 14 vom Ärztlichen Fachbeirat handverlesene Angebote für Diagnostik, Therapie und Praxisorganisation mit wirtschaftlichem Impact präsentiert die Innovationsausstellung.

Konsequent steht zum Tagesabschluss die konkrete Umsetzung der Erkenntnisse für die eigene Praxis im Mittelpunkt: Wie können Praxisinhaber ihre Privatbehandlung so aufstellen, dass sie von den Veränderungen letztlich sogar profitieren? Denn die Praxis von morgen beginnt mit den richtigen Entscheidungen von heute.

Tag der Privatmedizin 2026

21. November 2026, Frankfurt School FFM

Mitglieder des Hartmannbundes erhalten Tickets zum ermäßigten Preis.

Information und Anmeldung: www.tag-der-privatmedizin.de

*Quelle: Ärztenachrichtendienst (änd), Online-Leserumfrage unter 843 Niedergelassenen mit GKV-Zulassung, Juni 2026.



WIR SIND EIN GANZER BIENENSTOCK.

Wir vernetzen Euch.



Cooler Netzwerk



Kostenlose Haftpflichtversicherung



Professionelle Beratung

Jetzt Mitglied
werden!



www.hartmannbund.de/studierende



Hartmannbund

STARK FÜR MEDIZINSTUDIERENDE.

Lara Krüger, Assistenzärztin der Allgemeinmedizin

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

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

Mehr erfahren auf apobank.de

Die beste Wahl für gesunde Finanzen.

