


Ärztewahlwahlen: » Nur gemeinsam sind wir stark «

EXKLUSIV IM
INTERVIEW:

Landesärztekammer-
präsident
Dr. Wolfgang Miller

- 
- **Neue HZV-Studie**
Bessere Versorgung und
effizientere Patientensteuerung
 - **Budgetierung in
Baden-Württemberg**
Rund 1,78 Milliarden Euro nicht vergütet
 - **Negative Online-Rezensionen**
Was Praxen tun können

Ärztammerwahlen: Richtungsentscheidung für die ambulante Versorgung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die kommenden Ärztekammerwahlen finden in einer Phase statt, in der die ambulante Medizin mehrfach tangiert wird. Angesichts der Finanznot der GKV drohen erneut Spargesetze – hier könnten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ins Visier geraten.

Die ambulante Medizin ist das Rückgrat unseres Versorgungssystems: wohnortnah, effizient, kostengünstig und maßgeblich daran beteiligt, stationäre Behandlungen zu vermeiden. Wer hier kürzt, verlagert Kosten, verschärft Versorgungsengpässe und gefährdet die Attraktivität der Niederlassung.

Parallel wird das Primärarztmodell erneut als Allheilmittel diskutiert. Es besteht die Gefahr, dass Steuerung mit Reglementierung verwechselt wird. Ein Modell ohne vertragliche Gestaltungsspielräume, ohne echte Einbindung der Fachärzteschaft und ohne angemessene Finanzierung löst die Probleme der GKV nicht – es schwächt die ambulante Versorgung.

Gerade jetzt kommt der ärztlichen Selbstverwaltung eine zentrale Rolle zu. Die Ärztekammer ist nicht nur Berufsvertretung, sondern gesundheitspolitische Stimme der Ärzteschaft. Sie muss klar benennen, wo politische Entscheidungen an der Versorgungsrealität vorbeigehen. Und: Sie muss die Interessen der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte vertreten.

Mit Dr. Wolfgang Miller kandidiert ein niedergelassener Kollege, der für eine starke ambulante Medizin, eine realistische Versorgungseinschätzung und eine Kammer steht, die aktiv Position bezieht. In Zeiten politischer Eingriffe braucht es Persönlichkeiten in der Selbstverwaltung, die medizinische Kompetenz mit gesundheitspolitischem Sachverstand verbinden.

Die Ärztekammerwahlen sind eine Richtungsentscheidung: Die Stimme der ambulanten Ärzteschaft soll klar, geschlossen und durchsetzungsfähig bleiben. Sie darf im politischen Alltag nicht überhört werden. MEDI steht für eine ambulante Versorgung, die aktiv gestaltet statt verwaltet wird. Dafür braucht es klare Positionen, starke Vertreterinnen und Vertreter – und die aktive Beteiligung der Ärzteschaft.

Es grüßt Sie herzlich
Ihr

Dr. Norbert Smetak
MEDI-Vorstandsvorsitzender



Foto: Ronny Schönebaum



Foto: Robert Kneschke / stock.adobe.com

TITELTHEMA

Landesärztekammerpräsident Dr. Wolfgang Miller im Interview: »Nicht gegeneinander, sondern miteinander«

06

LESERBRIEFE UND FEEDBACK

Wie hat Ihnen die Ausgabe der MEDI Times gefallen? Wir freuen uns auf Ihre Anregungen, Ihre konstruktive Kritik und Ihre Ideen. Wenden Sie sich mit Ihrem Anliegen an unsere Redaktion: unternehmenskommunikation@medi-verbund.de

HAUSARZT- UND FACHARZTVETRÄGE

- 09 **17 Jahre HZV-Vertrag: Neue Studie belegt bessere Versorgung mit effizienterer Patientensteuerung**

GESUNDHEITSPOLITIK

- 12 **Landtagswahl 2026: Schlagabtausch zwischen Ärzteschaft und Gesundheitspolitikern zur ambulanten Versorgung**

Wie sieht die ambulante Versorgung der Zukunft in Baden-Württemberg aus? Darüber diskutierten drei Wochen vor der Landtagswahl vor rund 100 Gästen Ärztinnen und Ärzte mit Gesundheitspolitikern von Bündnis 90/Die Grünen, CDU, SPD und FDP – unter der Moderation von MEDI-Chef Dr. Norbert Smetak.



Foto: Ronny Schönebaum

- 16 **Ärztekammerwahlen 2026: »Nur gemeinsam sind wir stark«**
- 18 **Deutscher Ärztetag: Bei MEDI GENO Deutschland laufen die Fäden für die Allianz zusammen**
- 19 **Mit Speed-Dating den Nachwuchs rekrutieren**
- 20 **Telefonische AU: MEDI fordert mehr Prävention und Gesundheitskompetenz statt Scheindebatten**

- 22 **Budgetierung: Rund 1,78 Milliarden seit 2015 in Baden-Württemberg nicht vergütet**

Laut einer Auswertung der KVBW auf Antrag von MEDI wurden erbrachte ärztliche Leistungen von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in Baden-Württemberg in den vergangenen zehn Jahren in einer Höhe von rund 1,78 Milliarden Euro aufgrund der Budgetierung nicht vergütet.



Foto: Ronny Schönebaum

- 24 **Palliativmedizin: Neue Wege für die interdisziplinäre, sektorenverbindende Versorgung am Lebensende**

PRAXISMANAGEMENT

- 26 Lange Wartezeiten: Praxen geben Tipps für ein erfolgreiches Terminmanagement
- 28 So gelingt die Kommunikation mit anstrengenden Patientinnen und Patienten

MAGAZIN

- 31 Digitalisierung mit Hürden: Wie ein Kobold die Praxis lahmlegt
- 32 Schwere Diagnosen: Wie sag ich es meinem Patienten?
- 34 Teambuilding in der Praxis: Besondere Momente, die Verbindung schaffen

DIGITALISIERUNG & INNOVATIONEN

- 36 IT-Strategie statt Technik-Schnellschuss
- 38 KI in der Praxis: Patientenströme lenken und Bürokratie reduzieren
- 40 MEDI-Umfrage zur ePA: Schlechte Noten für die Sicherheit der Schweigepflicht und den Datenschutz

PRAXIS & RECHT

- 42 **Negative Online-Rezensionen: Wie Arztpraxen wirksam dagegen vorgehen können**

Negative Bewertungen auf Google, Jameda oder anderen Portalen verunsichern viele Praxen. Wichtig ist: Nicht jede schlechte Bewertung ist rechtswidrig – aber auch nicht jede muss hingenommen werden. MEDI-Juristin Angela Wank gibt Tipps, was dabei zu beachten ist.



Foto: estrel / stockadobe.com

VERANSTALTUNGEN

- 44 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

NACHRUF

- 46 MEDI trauert um Dr. Richard Daikeler

IMPRESSUM

Herausgeber:

MEDI Baden-Württemberg e. V.
 Liebknechtstr. 29, 70565 Stuttgart
 E-Mail: info@medi-verbund.de
 Telefon: 0711 80 60 79-0, Fax: -6 23
 www.medi-verbund.de

Verantwortlich nach § 18 Abs. 2 MStV:
 Dr. Norbert Smetak, Vorstandsvorsitzender, MEDI Baden-Württemberg e. V.

Redaktion:

Tanja Reiners, MEDIVERBUND AG
 Liebknechtstr. 29, 70565 Stuttgart

Grafik: GRAFOWERK,
 Evelina Pezer-Thoss, Stuttgart

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
 GmbH + Co. KG, Heßbrühlstraße 69,
 70565 Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
 Nachdruck nur mit Genehmigung
 des Herausgebers.

Gender-Hinweis:

In der MEDI Times wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit an einigen Stellen bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form (generisches Maskulinum), zum Beispiel „der Patient“, verwendet.

Wir meinen immer alle Geschlechter (m/w/d) im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und ist wertfrei.

Landesärztekammer- präsident Miller: » Nicht gegeneinander, sondern miteinander «

Seit 2019 steht MEDI-Mitglied Dr. Wolfgang Miller, Orthopäde und Unfallchirurg aus Echterdingen bei Stuttgart, als Präsident an der Spitze der Landesärztekammer Baden-Württemberg. In diesem Jahr kandidiert Miller erneut bei den Kammerwahlen. Im Gespräch mit der MEDI Times erklärt er, was ihn antreibt, welche Rolle MEDI für ihn spielt und warum Kommunikation für ihn der Schlüssel der ärztlichen Selbstverwaltung ist.

MEDI Times: Nach zwei Amtszeiten treten Sie bereits zum dritten Mal als Kammerpräsident an. Was gefällt Ihnen an diesem Amt?

Miller: Ich möchte die Ärztinnen und Ärzte zusammenbringen. Wenn ich ein Problem sehe, bespreche ich das mit den Kolleginnen und Kollegen – und dann versuchen wir, das gemeinsam zu ändern. In der Kammer gibt es dafür viele Möglichkeiten. Kein Tag ist wie der andere, wir stehen ständig zwischen Medizin, Regularien und Politik. Diese Mischung macht die Aufgabe für mich bis heute spannend. Hier mitzumachen ist für jeden von uns eine große Chance.

» Als Kammer haben wir die Chance, vieles besser zu regeln als eine staatliche Behörde.«

Dr. Wolfgang Miller

MEDI Times: Was sind Ihre Aufgaben als Präsident der Landesärztekammer?

Miller: Als zweitgrößte Landesärztekammer mit mittlerweile 78.000 Mitgliedern erledigen wir viele Aufgaben wie Facharztprüfungen, Meldewesen oder Gutachterkommissionen bei den Bezirksärztekammern, nahe bei den Kolleginnen und Kollegen. Die Landesärztekammer kümmert sich um zeitgemäße Bedingungen und bringt die Erfahrungen aus dem ganzen Land zusammen. Die Regeln werden von der Vertreterversammlung der Landesärztekammer beschlossen, die laufenden Aufgaben nimmt der Vorstand der Landesärztekammer wahr. Dieses wichtige Gremium darf ich leiten und moderieren. Das bedeutet vor allem Kommunikation. Daneben ist die Aufgabe der Landesärztekammer, die Ärzteschaft gegenüber den Menschen im Land, gegenüber der Politik, aber auch in der Bundesärztekammer zu vertreten.

MEDI Times: Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit Politik und Ministerium?

*»Für mich gilt immer:
Erst zuhören, dann reden,
dann gemeinsam entschei-
den – und bei allem die
Kirche im Dorf lassen.«*

Dr. Wolfgang Miller

Miller: Sehr konstruktiv. Wir haben einen guten Draht zur Gesundheitspolitik in den Parlamenten. Das ist über Jahre gewachsen, nicht nur zum Ministerium, unserer Rechtsaufsicht, auch zur Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, zum Landkreistag, zum Städtetag, zu den Krankenkassen, den Rettungsdienstorganisationen und vor allem auch zu den ärztlichen Berufsverbänden. Das ist ein Spiegel der Zusammenarbeit vor Ort: In den Kreisärzteschaften reden die Verantwortlichen mit „ihrer Landrätin, ihrem Oberbürgermeister“, mit den Krankenhäusern und auch den Fachkollegen vor Ort. Das schafft Vertrauen. Unser Auftrag ist klar: Wir vertreten die Positionen der Kolleginnen und Kollegen, die jeden Tag die Menschen versorgen.

MEDI Times: Inwiefern prägt Ihre MEDI-Erfahrung Ihr Engagement auf Kammerebene?

Miller: Bei der Gründung von MEDI stand der MEDI-Kodex am Anfang: Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen Praxen und Krankenhäusern, verbindliche Berichtspflichten waren damals die Grundlage. Der Kodex ist auch heute topaktuell und ist die Basis für die Haus- und Facharztverträge. Kooperation zwischen Kassen und Ärzten ist auf Augenhöhe möglich. Nicht gegeneinander, sondern miteinander. So habe ich es bei MEDI kennengelernt, so leben wir das in der Kammer.

MEDI Times: Wer organisiert Ihren Wahlkampf – und wie erreichen Sie die Kolleginnen und Kollegen?

Miller: Die meisten Veranstaltungen werden heute online durchgeführt. Vieles läuft über E-Mail und soziale Medien, wo man Inhalte Tag und Nacht abrufen kann. Wichtiger sind aber persönliche



Foto: Ronny Schönebaum

MEDI-Arzt und Landesärztekammerpräsident Dr. Wolfgang Miller trägt die MEDI-Philosophie „Gemeinsam stark“ in seine Kammerarbeit.

Netzwerke. Wenn wir mit den Kolleginnen und Kollegen vertrauensvoll zusammenarbeiten, trauen sie uns auch zu, ihre Interessen zu vertreten – von den Kreisärzteschaften über die Bezirksärztekammern bis zur Landesärztekammer. Jede Wahlvorbereitung braucht auch eine organisatorische Unterstützung. Hier ist MEDI gut aufgestellt.

MEDI Times: Auf welche Themen konzentrieren Sie sich im Wahlkampf?

Miller: Ich mache keinen Wahlkampf gegen Personen oder Listen, sondern für die Ärzteschaft. Jede und jeder von uns hat Verantwortung für medizinische Entscheidungen, im Team mit anderen Berufsgruppen. Das wird in den nächsten Jahren neu sortiert. Möglichkeiten von Telemedizin, neue Formen der Berufsausübung und Digitalisierung kann keiner

Fortsetzung >>>

>>>
Landesärzte-
kammerpräsident
Miller: »Nicht
gegeneinander,
sondern
miteinander«


besser erkennen als wir. Als Kammer haben wir die Chance, vieles besser zu regeln als eine staatliche Behörde. Die Sektoren müssen zusammenarbeiten. Unsere Kolleginnen und Kollegen aus allen Bereichen wollen genau das.

MEDI Times: Mit welchen Themen konnten Sie in der Vergangenheit in Berlin punkten?

Miller: In der Berufsordnung werden die Telemedizin und die Zusammenarbeit in größeren Teams neu beschrieben. Wir in Baden-Württemberg sind Vorreiter bei der Fernbehandlung. Als Co-Vorsitzender des Berufsordnungsausschusses und des Ausschusses Ambulante Versorgung bereite ich das vor, gemeinsam mit den Delegierten aus den anderen Bundesländern. Ich habe die Arbeitsgruppen Reha-Medizin und Arbeitsmedizin mit initiiert und bringe als Co-Vorsitzender auch die Anliegen dieser Kolleginnen und Kollegen mit ein. Der AG Klimaschutz habe ich von Anfang an angehört. Wir konnten errei-

chen, dass sie zu einem festen Ausschuss Klimaschutz geworden ist, mit starker Beteiligung aus Baden-Württemberg.

MEDI Times: Wofür stehen Sie ganz persönlich?

Miller: Für mich gilt immer: Erst zuhören, dann reden, dann gemeinsam entscheiden – und bei allem die Kirche im Dorf lassen. Nicht jede Frage muss gleich mit einer neuen Vorschrift beantwortet werden. Das fordern wir von der Politik, das muss auch unser Ziel sein. Wir können vieles mit Augenmaß lösen, wenn wir uns einig sind. Die Herausforderungen und die Gefahren von allen Seiten sind gewaltig. Hier will ich mich weiter vor die Kolleginnen und Kollegen stellen. Für gute Bedingungen – für eine gute Versorgung der Menschen. 

Antje Thiel

17 Jahre HZV-Vertrag: Neue Studie belegt bessere Versorgung mit effizienterer Patientensteuerung



Foto: Home-stock / stock.adobe.com

Besser versorgt – mit der HZV.

Die Goethe-Universität Frankfurt und das Universitätsklinikum Heidelberg prüfen seit 2011 alle zwei Jahre wichtige Parameter der HZV in Baden-Württemberg. Die aktuelle Evaluation zeigt eindeutige Vorteile der HZV gegenüber der Regelversorgung: 2022 verzeichnete die HZV-Gruppe 3,1 Millionen Hausarztkontakte mehr und 1,36 Millionen weniger unkoordinierte Facharztbesuche ohne Überweisung – dieses konstant hohe Niveau zeigt sich schon seit Jahren.

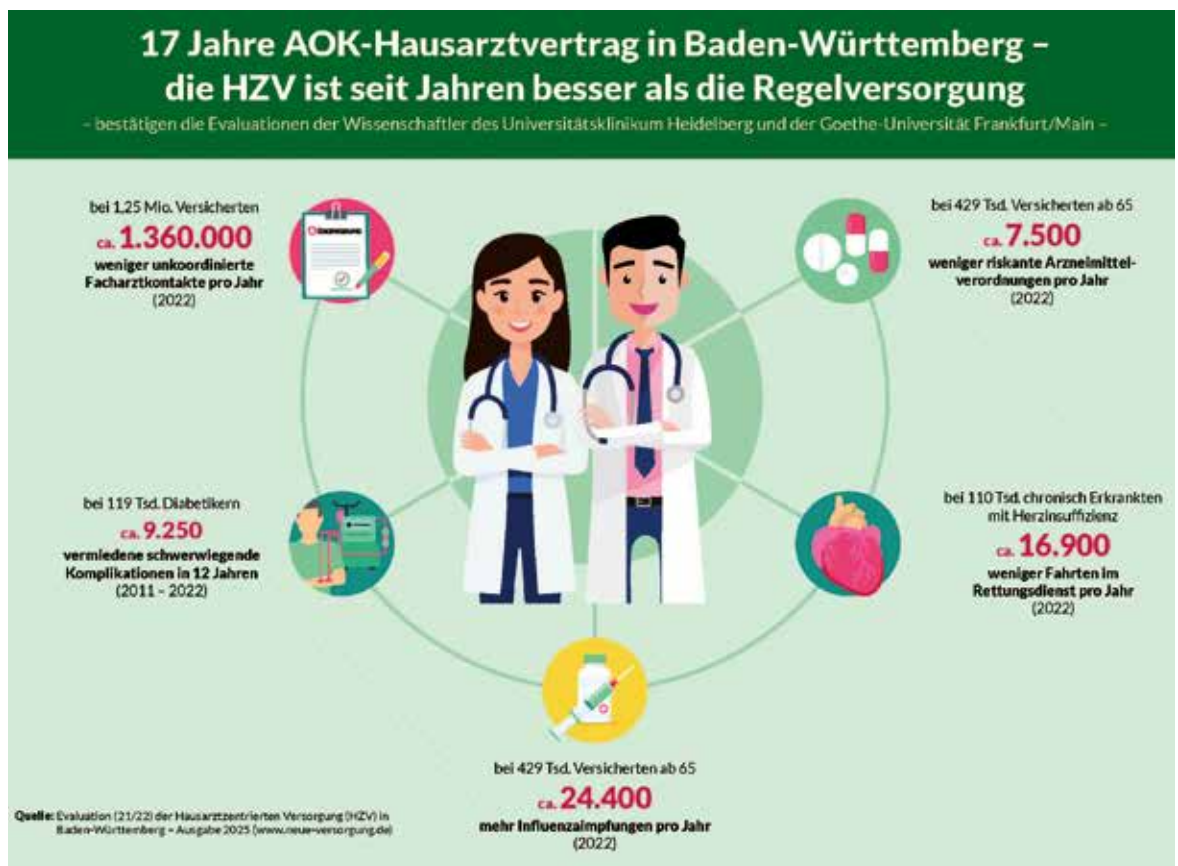
Laut Untersuchung konnten von 2011 bis 2022 bei 119.000 Diabetikerinnen und Diabetikern mehr als 9.200 schwerwiegende Komplikationen vermieden werden, darunter rund 700 Amputationen sowie circa 4.800 Herzinfarkte und Schlaganfälle. 2022 gab es unter anderem 24.000 mehr Influenzaimpfungen und rund 7.500 weniger Verordnungen potenziell ungeeigneter Medikamente für ältere Menschen ab 65 Jahren. Diese bessere Versorgungsqualität wird seit Jahren bei geringeren Kosten erreicht.

Die Vertragspartner sehen mit der HZV das bundesweit fortschrittlichste Versorgungssystem für die hausärztliche Steuerung. Baden-Württemberg habe

damit faktisch ein erfolgreiches Primärversorgungsmodell im System etabliert. Das in der gesundheitspolitischen Diskussion stehende Modell könne auf diesen Erfahrungen aufbauen. Die Hausarztbindung funktioniere und der Aufbau von multiprofessionellen Versorgungsteams sei bereits angegangen. Die HZV im Südwesten werde auch in Zukunft auf eine schnelle, unbürokratische und effiziente Weiterentwicklung setzen – dafür müssten aber regionale Gestaltungsräume erhalten bleiben, so die Vertragspartner AOK, Hausärztinnen- und Hausärzteverband und MEDI Baden-Württemberg.

Fortsetzung >>>

Die Grafik zeigt wichtige Erkenntnisse der Evaluation und die Vorteile der HZV gegenüber der Regelversorgung.



>>>
 17 Jahre HZV-Vertrag: Neue Studie belegt bessere Versorgung mit effizienterer Patientensteuerung

Chronisch Kranke profitieren besonders von der HZV

Rund 5.900 HZV-Ärztinnen und -Ärzte betreuen im Land mehr als zwei Millionen freiwillig eingeschriebene AOK-Versicherte. Besonders ältere und chronisch kranke Menschen, die über 60 Prozent der HZV-Teilnehmenden ausmachen, profitieren davon. „Diesen nachweislichen Qualitätsvorsprung in der Versorgung halten wir seit 17 Jahren und wir werden diesen Weg weiter fortsetzen“, zeigt sich Johannes Bauernfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, überzeugt. Und weiter: „Gleichzeitig bleiben aber viele Herausforderungen bestehen, wie zu viele, oft unnötige Patientenkontakte und fehlende Anreize für eine koordinierte Versorgung. Unser Gesundheitssystem ist darüber hinaus das teuerste in Europa – trotzdem fehlt es an echter Versorgungsqualität. Wir brauchen deshalb eine koordinierte, sektorenunabhängige Versorgung und eine echte Strukturreform des Kollektivsystems für eine zukunftsfähige und gelingende Primärversorgung. Dabei müssen vor allem Selektivverträge weiterhin eine Alternative in der regionalen Versorgungsgestaltung sein. Zahlreiche kleine ‚Reformen‘ erhöhen nur die Ausgaben, ohne spürbare Verbesserungen für Patientinnen und Patienten und Hausärztinnen und -ärzte.“

Weniger Inanspruchnahme der Notdienste

Die neuen Ergebnisse stützen für die Vertragspartner die gesundheitspolitischen und strategischen Entscheidungen vor Ort. Dr. Susanne Bublitz und Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpparth – Vorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands Baden-Württemberg – betonen: „Die Evaluationsdaten zeigen einmal mehr, dass die HZV sowohl qualitativ hochwertiger als auch wirtschaftlicher ist und zugleich die zentrale Rolle der Hausarztpraxis nachhaltig stärkt. Zudem machen wir in der HZV mit dem Konzept HÄPPI die Hausarztpraxen leistungsfähiger. HÄPPI setzt auf Digitalisierung und auf die Versorgung im Team, in dem Hausärztinnen und Hausärzte neben MFA und VERAH auch von akademisierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen wie Primary Care Manager oder Physician Assistants unterstützt werden. Damit bieten wir in der HZV ganz praktische Antworten und Lösungen für eine zukunftsfähige, leistungsstarke Primärarztversorgung.“

Die effektive Steuerung der HZV wirkt sich auch positiv auf die Inanspruchnahme der Bereitschafts-


und Notdienste aus, die bei HZV-Patientinnen und -Patienten signifikant geringer ist. Für die vulnerable Gruppe der Herzinsuffizienzpatientinnen und -patienten ist eine strukturierte Versorgung besonders entscheidend. Im Jahr 2022 konnten in dieser HZV-Gruppe mit 110.200 Patientinnen und Patienten im Vergleich zur Regelversorgung gut 3.500 stationäre Notaufnahmen, rund 16.900 Rettungsdiensteinsätze und 3.200 Behandlungen im ambulanten Bereitschaftsdienst vermieden werden. Die Professoren Prof. Dr. Attila Altiner aus Heidelberg und Prof. Dr. Ferdinand Gerlach aus Frankfurt am Main führen diese Effekte auf die intensivere hausärztliche Betreuung im Rahmen der HZV zurück. Potenziell schwerwiegende Verläufe werden frühzeitig erkannt und bei Bedarf rasch zur fachärztlichen Abklärung weitergeleitet.

Haus- und Facharztverträge als bundesweite Blaupause

Der MEDI-Vorsitzende Dr. Norbert Smetak ergänzt: „Unsere Hausarzt- und Facharztverträge sind und

» Unsere Hausarzt- und Facharztverträge sind und bleiben eindeutig die bessere Alternative zur Regelversorgung. «

Dr. Norbert Smetak

bleiben eindeutig die bessere Alternative zur Regelversorgung. Der entscheidende Erfolgsfaktor ist nach wie vor die Steuerung der Patientenversorgung. Das geht nur mit den Selektivverträgen auf Vollversorgungsbasis. Der HZV-Vertrag war von Anfang an ausbaufähig angelegt – sowohl für die Weiterentwicklung der hausärztlichen Behandlung als auch zur besseren ambulanten Versorgung durch ein strukturierteres Zusammenspiel von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten. In anderen Bundesländern gibt es noch keine Facharztverträge auf Vollversorgungsbasis, was dringend nötig ist. Unser System in Baden-Württemberg ist eine echte Blaupause für die ambulante Versorgung in ganz Deutschland.” 

Michael Patzer/ red

Landtagswahl 2026: Schlagabtausch zwischen Ärzteschaft und Gesundheitspolitikern zur ambulanten Versorgung

Wie sieht die ambulante Versorgung der Zukunft in Baden-Württemberg aus? Darüber diskutierten drei Wochen vor der Landtagswahl vor rund 100 Gästen Ärztinnen und Ärzte mit Gesundheitspolitikern von Bündnis 90/Die Grünen, CDU, SPD und FDP – unter der Moderation von MEDI-Chef Dr. Norbert Smetak.

Einigung auf eine
Regressgrenze
von rund
300 EURO

Der Wahlkrimi zur Landtagswahl 2026 ist mittlerweile Geschichte, die neue Regierungsbildung in vollem Gange. Rund drei Wochen vor der Wahl konnte noch niemand ahnen, dass Grüne und CDU am Ende des Wahlkampfes in einen großen Zweikampf ziehen würden.

Am 11. Februar 2026 lud MEDI zu einer großen Podiumsdiskussion zur Gesundheitspolitik ins Stuttgarter Jaz Hotel ein. Vize-Präsidentin der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg und MEDI-Hausärztin Daniela-Ursula Ibach sowie MEDI-Vorstandsmitglied und Gynäkologin Dr. Christiane von Holst diskutierten unter der Moderation des MEDI-Vorsitzenden Dr. Norbert Smetak mit vier Gesundheitspolitikern.

Mit dabei waren: Norbert Knopf, Sprecher für Gesundheitswirtschaft und Hochschulmedizin der Grünen-Fraktion, Dr. Michael Preusch, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Fraktion, Florian Wahl, Sprecher für Gesundheit und Pflege der SPD-Fraktion, sowie Jochen Haußmann, Sprecher für

Gesundheit und stellvertretender Fraktionsvorsitzender der FDP/DVP-Fraktion.

Privatpatienten finanzieren Praxis

Der Young MEDI-Sprecher und niedergelassene Hausarzt Dr. Stefan Reschke erzählte eindrücklich im Interview mit Smetak vor der Diskussion, welche finanziellen Risiken er durch die Übernahme von zwei Praxen auf sich genommen hat und dass eine Finanzierung über die reine kassenärztliche Versorgung nicht aufgeht. Reschke stellte klar: Die Finanzierung einer eigenen Praxis funktioniert nicht ohne Privatpatientinnen und -patienten.

Über 100 Gäste vorwiegend aus der niedergelassenen Ärzteschaft sowie die beiden Ehrengäste, der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg Johannes Bauernfeind und der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg Dr. Wolfgang Miller, verfolgten eine spannende Debatte über die Herausforderungen der ambulanten Versorgung, aber auch über Lösungen, wie man die Versorgung im Land nachhaltig sichern kann.

Wohlwollen gegenüber Ärzteschaft

Es war Wahlkampf – und so herrschte viel Einigkeit und Wohlwollen gegenüber der niedergelassenen Ärzteschaft unter den anwesenden Parteien: Alle vier Politiker befürworteten die erfolgreichen Haus-

»Ich wünsche mir, dass wir nicht ständig einem Bashing unterliegen, dass wir Ärzte alle Großverdiener sind.«

Daniela-Ursula Ibach

und Facharztverträge. Sie versprachen, den baden-württembergischen Weg in Berlin zu unterstützen.

Auch die unzureichende Honorierung durch die ungerechte Budgetierung stieß bei allen Parteien auf Verständnis. Zudem herrschte beim Thema Regresse Einigkeit. In der Debatte einigte man sich auf eine angemessene Regressgrenze von rund 300 Euro.

Hybrid-DRGs im Rahmen der Ambulantisierung sah vor allem Norbert Knopf von den Grünen kritisch. Er warnte vor einer Schwächung der Kliniken: „Ich bin kein Fan von Hybrid-DRGs. Wenn man den Krankenhäusern zu viele Fälle wegnehmen würde, müsste man außerhalb ganz neue Strukturen aufbauen.“

Eine Dynamisierung der neuen GOÄ wurde durchweg unterstützt. Preusch, selbst Arzt an einer Klinik, zeigte sich zuversichtlich: „Ich gehe davon aus, dass die GOÄ eine Mehrheit im Bundesrat findet. Notfalls müssten die Länder, die für die neue GOÄ sind, im Bundesrat Druck aufbauen.“

Praxen stehen wirtschaftlich unter Druck


Die beiden MEDI-Ärztinnen wiesen auf die wirtschaftliche Schieflage der Niedergelassenen hin. Bei stagnierenden Honoraren, steigenden Personalkosten und hoher Inflation geraten laut Ibach selbst wirtschaftlich solide Praxen unter Druck. „Wir wollen

»Auch wenn die großen Weichen in Berlin gestellt werden, kann die Landespolitik Einfluss auf Bundesgesetze nehmen und die medizinische Versorgung im Land mitgestalten.«

Dr. Norbert Smetak

unser Personal anständig bezahlen. Ich wünsche mir, dass wir nicht ständig einem Bashing unterliegen, dass wir Ärzte alle Großverdiener sind“, mahnte Ibach.

Auch von Holst, die eine Einzelpraxis in Heidelberg führt, ergänzte: „Ich muss schon sehr gut rechnen. Von einem Bruttowert von etwa 19,70 Euro, das sind netto rund elf Euro, soll ich Patientinnen drei Monate lang versorgen. Das ist doch völlig klar, dass man damit keine Praxis wirtschaftlich führen kann.“

MEDI-Chef Smetak zog am Ende der Veranstaltung ein Fazit: „Wir haben das Thema Gesundheit zu einem wichtigen Wahlkampfthema gemacht. Auch wenn die großen Weichen in Berlin gestellt werden, kann die Landespolitik Einfluss auf Bundesgesetze nehmen und die medizinische Versorgung im Land mitgestalten. Dafür haben wir an diesem Abend Ideen und Anstöße geliefert.“ 

Tanja Reiners



Viel Einigkeit bei der politischen Diskussion: Daniela-Ursula Ibach (MEDI), Dr. Christiane von Holst (MEDI), Dr. Norbert Smetak (MEDI), Norbert Knopf (Bündnis 90/Die Grünen), Dr. Michael Preusch (CDU), Florian Wahl (SPD) und Jochen Haußmann (FDP) (v. l. n. r.)

Impressionen von der MEDI-Podiums- diskussion zur Landtagswahl 2026

Rund 100 Gäste verfolgten im Stuttgarter Jaz Hotel knapp zwei Stunden lang spannende Diskussionen, bekamen Einblicke in andere Praxen sowie Lösungsvorschläge für die ambulante Versorgung – und diskutierten am Ende mit.



MEDI-Chef und Moderator Dr. Norbert Smetak diskutierte mit Niedergelassenen und Politikern vor der Landtagswahl über die ambulante Versorgung.



Young MEDI-Sprecher und Hausarzt Dr. Stefan Reschke schilderte im Interview mit MEDI-Chef Dr. Norbert Smetak die Situation der jungen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.



Die beiden MEDI-Ärztinnen Daniela-Ursula Ibach und Dr. Christiane von Holst wiesen auf die wirtschaftliche Schiefelage von Praxisinhaberinnen und -inhabern hin.



Auch das Publikum diskutierte mit: MEDI-Vizechef Dr. Michael Eckstein richtete seine Fragen direkt an die Politik. Er wollte wissen, wie Praxisinhaber im Spannungsfeld zwischen Planwirtschaft und Unternehmertum wirtschaftlich handeln können.



Kritik an der geplanten Apothekenreform: Hausärztin und MEDI-Vorstandsmitglied Dr. Cathérine Hetzer-Baumann warnte davor, ärztliche Leistungen wie Impfungen in die Apotheken zu verlagern.


Fotos: Romny Schönebaum

Ärztammerwahlen 2026: » Nur gemeinsam sind wir stark «

Die MEDI-Listen für die Ärztekammerwahlen füllen sich und das Wahlprogramm steht. Der Wahlkampf für die Wahlen im kommenden Herbst ist somit gestartet. MEDI-Chef Dr. Norbert Smetak freut sich auf spannende Veranstaltungen und Diskussionen und eine starke fachübergreifende Stimme in der Kammer.

„Endlich geht es los. Die Ärztekammerwahlen sind für MEDI wichtige Wahlen, denn es geht um eine starke Stimme in der ärztlichen Selbstverwaltung – fachübergreifend. Denn das macht uns aus. Wir orientieren uns nicht an Einzelinteressen und lassen uns von Kassen und Politik nicht spalten, sondern suchen gemeinsam nach modernen Versorgungskonzepten und Lösungen, um die Ärzteschaft und die medizinische Versorgung in Baden-Württemberg zu stärken“, betont der MEDI-Vorsitzende Dr. Norbert Smetak.

Smetak freut sich auf einen spannenden Wahlkampf und konstruktive Diskussionen: „Mit unserer

hybriden Tour de Ländle im kommenden September setzen wir auf das persönliche Gespräch in Baden-Württemberg vor Ort und tauschen uns parallel mit allen Regionen auch in Online-Formaten aus.“ 

tr

Machen Sie mit!

→ Sie möchten sich für die Wahlen bewerben und aufstellen lassen? Wir freuen uns über Ihre Teilnahme. Melden Sie sich hier an:



Iris Lasser, niedergelassene Orthopädin, Sprecherin Young MEDI:

„Ich engagiere mich für die Wahlen, weil ich überzeugt bin, dass wir nur fachübergreifend etwas bewegen können – ganz im Sinne von MEDI. Dafür müssen wir gemeinsam die ärztliche Selbstverwaltung aktiv nutzen!

Mein Ziel ist eine praxisnahe und zeitgemäße Weiterbildung, die sich mit Familie und Berufsalltag vereinbaren lässt. Wir brauchen moderne, digitale Formate, die flexibel und realistisch in unseren Alltag passen. Auch der MFA-Ausbildung müssen wir dringend mehr Aufmerksamkeit schenken.

Ein weiteres Herzensthema ist für mich die Vereinbarkeit von Familie und Praxis. Als Mutter



Foto: Ronny Schönebaum

und niedergelassene Orthopädin kenne ich den täglichen Spagat. In Zeiten mangelnder Kinderbetreuung benötigen wir einen längeren Einsatz der Sicherstellungsassistentinnen und -assistenten, damit sich nach dem Studium mehr Frauen für die Freiberuflichkeit entscheiden.“



Dr. Bernhard Schönemann, niedergelassener Unfallchirurg, Geschäftsführender Vorstand MEDI Baden-Württemberg e. V.:

„Ich möchte mich in der Ärztekammer für ein gemeinsames Auftreten der Ärzteschaft gegenüber der Politik und für den Erhalt der freien Niederlassung einsetzen. Das sind meine wichtigsten Positionen: Die Gründung von MVZ unter ärztlicher Leitung, um Geldabfluss an Kapitalgesellschaften zu vermeiden. Das Streikrecht – auch für niedergelassene Ärzte. Eine sinnvolle und ausgereifte Digitalisierung, die den Ärzten in der alltäglichen Arbeit nutzt und sie nicht noch zusätzlich belastet, wie wir es leider im Praxisalltag erleben.“

Ich fordere bei zunehmendem Ärztemangel zudem die Delegation von ärztlichen Leistungen



Foto: Ronny Schönebaum

statt einer Substitution, wie von der Politik geplant – beispielsweise durch die geplante Apothekenreform. Ich bin ausdrücklich gegen die MRT-Veranlassung durch Physiotherapeuten oder auch gegen gynäkologische Abstriche durch Nichtärzte oder -ärztinnen.“



Dr. Cathérine Hetzer-Baumann, niedergelassene Hausärztin, Geschäftsführender Vorstand MEDI Baden-Württemberg e. V.:

„Mit Blick auf die bevorstehenden Ärztekammerwahlen sehe ich mich auch als Bindeglied zur Stärkung der Ärzteschaft für mehr Unterstützung, Solidarität und Zusammenhalt – interkolligial, interprofessionell, interdisziplinär sowie intersektoral. Solidarität und Zusammenhalt bei den entscheidenden Themen der Niedergelassenen sind essenziell.“

Nur, wenn wir unsere Kräfte bündeln und als Team das Ziel fokussieren, können wir anhaltenden Erfolg sichern, unsere Freiberuflichkeit erhalten, unseren Beruf auch für nachfolgende Generationen attraktiv gestalten, Rahmen-



Foto: Ronny Schönebaum

bedingungen unserer Arbeit verbessern und perspektivisch das Gesundheitssystem, insbesondere die ambulante Versorgung in Deutschland, retten!

Nur GEMEINSAM sind wir STARK! Daher mein Appell an alle für mehr Solidarität und Zusammenhalt!“

Deutscher Ärztetag: Bei MEDI GENO Deutschland laufen die Fäden für die Allianz zusammen

Der Deutsche Ärztetag findet in diesem Jahr vom 12. bis 15. Mai 2026 in Hannover statt. Als sprechender Mitgliedsverband der Allianz Deutscher Ärzteverbände spielt MEDI GENO Deutschland in diesem Jahr eine ganz zentrale Rolle.

Seit rund 20 Jahren besteht die Allianz Deutscher Ärzteverbände. Ein Zusammenschluss von sechs bundesweit agierenden Ärzteverbänden – unter anderem dem Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) und dem Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI). „Wir haben uns zusammengeschlossen, um mit diesem starken Netzwerk unsere gemeinsamen Interessen in der Politik und Selbstverwaltung durchzusetzen. Das werden wir auch beim Deutschen Ärztetag forcieren“, betont der Vorsitzende von MEDI GENO Deutschland Dr. Norbert Smetak.

Jedes halbe Jahr übernimmt einer der Verbände die Sprecherfunktion der Allianz – im ersten Halbjahr übernimmt MEDI GENO Deutschland diese Rolle. Zu den Aufgaben gehört auch die Organisation aller Aktivitäten beim Deutschen Ärztetag. Dafür laufen die Vorbereitungen im Hintergrund bei den beiden MEDI-Vorstandsassistentinnen Catrin Zielke und Petra Winser schon auf Hochtouren: Sie organisieren den Delegiertenabend, aber auch die Vorbesprechungen und Meetings für die Allianz während des Ärztetags, damit sich die Delegierten gemeinsam zu den Anträgen abstimmen und für Mehrheiten sorgen können.

Allianz macht sich für die Niedergelassenen stark

„Wir organisieren zum ersten Mal für die Allianz den Ärztetag. Dabei sind umfangreiche Organisation, Abstimmung und Kommunikation mit zahlreichen Verbänden und der Bundesärztekammer erforderlich“, erzählt Vorstandsassistentin Catrin Zielke. Aber auch vor Ort in Hannover ist einiges zu tun: „Als Projektmanagerinnen werden wir die Ärztinnen und Ärzte zu den Veranstaltungen und Besprechungsräumen lotsen und die Planung und das Timing immer im Blick haben“, ergänzt Vorstandsassistentin Petra Winser.

„Wir haben mit den beiden Kolleginnen ein sehr erfahrenes Organisationsteam. Ich freue mich auf einen erfolgreichen Ärztetag. Unsere Allianz ist eines der größten Netzwerke und einzigartig. Wir werden uns für die ambulante und stationäre Versorgung starkmachen“, so Smetak. 🇪🇺



Teamwork: Die Vorbereitungen für den Deutschen Ärztetag laufen bei den beiden MEDI-Vorstandsassistentinnen Catrin Zielke (li.) und Petra Winser auf Hochtouren.

Tanja Reiners

Mit Speed-Dating den Nachwuchs rekrutieren

Mit einem Nachwuchstag setzte die Ärzteschaft Karlsruhe im vergangenen Herbst ein Signal gegen den Hausärztemangel. 30 angehende Medizinerinnen und Mediziner nutzten Impulse zu Niederlassung und Anstellung – und ein Speed-Dating mit Praxen und Kliniken. Die Resonanz war positiv, erste Effekte sind bereits sichtbar.

Ende vergangenen Oktober lud die Ärzteschaft Karlsruhe in Kooperation mit der Stadt, dem Landkreis und dem Weiterbildungsverbund Allgemeinmedizin zum Nachwuchstag nach Karlsruhe ein. Initiiert wurde die Veranstaltung von MEDI-Mitglied Dr. Susanna Colopi Glage, Allgemeinmedizinerin aus Karlsruhe, Vorsitzende der Ärzteschaft Karlsruhe und Vizepräsidentin der Bezirksärztekammer Nordbaden.

Hintergrund sei der zunehmende Versorgungsdruck, erklärt Colopi Glage: „Aktuell fehlen in Karlsruhe 57 Hausärzte, die Kolleginnen und Kollegen stehen unter großem Druck.“ Die Nachwuchssituation beschreibt sie als „sehr schwierig. Einige Praxen stellen Kolleginnen und Kollegen ein, aber meistens in Teilzeit.“

Austausch im Drei-Minuten-Takt

Über Wege in die Niederlassung und Anstellung informierten sich 30 Interessierte – Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Anstellung sowie Studierende im letzten Medizinjahr. Neben Vorträgen und Workshops war das Speed-Dating das Highlight: Die Teilnehmenden trafen dabei auf 15 Praxen und alle vier Kliniken der Region. „Der Austausch im Drei-Minuten-Takt verlief problemlos. Ziel war, zu erfahren, welche Möglichkeiten bestehen“, berichtet Colopi Glage. Vertiefende Gespräche folgten „in ge-

»Aktuell fehlen in Karlsruhe 57 Hausärzte, die Kolleginnen und Kollegen stehen unter großem Druck.«

Colopi Glage



Praxis oder Niederlassung? Das fragen sich viele junge Medizinerinnen und Mediziner nach dem Studium.

mütlicher Atmosphäre in der Mittagspause oder bei einer Tasse Kaffee“.

Noch am Veranstaltungstag gab es sehr viele positive Rückmeldungen. Auch erste Resultate zeigen sich bereits: „Von einigen Praxen wissen wir schon, dass Kolleginnen und Kollegen angestellt wurden, und von einer Klinik zwei Assistenten zur Komplettierung der Weiterbildung“, freut sich Colopi Glage.

Für die Allgemeinmedizinerin zeigen die Erfahrungen, dass das Format dazu beitragen kann, in der eigenen Region Personal zu gewinnen – auch während der Weiterbildung und in Rotation mit den Kliniken. KV-Daten zeigen laut der Medizinerin, dass „über 85 Prozent der Kolleginnen und Kollegen sich am Ort der letzten Weiterbildungsabschnitte beruflich orientieren.“ ■■■

Antje Thiel

Telefonische AU: MEDI fordert mehr Prävention und Gesundheitskompetenz statt Scheindebatten

In den aktuellen hitzigen Diskussionen um die telefonische Krankenschreibung mahnte MEDI Anfang des Jahres in einer Pressemitteilung, die Debatte nicht „rein symptomorientiert“ zu führen. Die entscheidende Frage sei vor allem: Warum ist die deutsche Bevölkerung zunehmend häufiger krank?

MEDI-Vorstandsmitglied und Hausärztin Dr. Cathérine Hetzer-Baumann fordert eine bessere Vergütung für sprechende Medizin und Prävention.



Foto: Ronny Schönebaum

MEDI forderte ein Ende der Scheindebatte sowie stärkere Investitionen in Prävention, sprechende Medizin und Gesundheitskompetenz, um die Resilienz in der Bevölkerung in Zeiten von schweren Krisen zu stärken. Studien zeigen, dass die Gesundheit eines Menschen das Wichtigste in seinem Leben ist. Der Ärzteverband MEDI wies darauf hin, dass für Wohlstand und wirtschaftliche Stärke eine gesunde Gesellschaft die Grundvoraussetzung ist.

Laut MEDI wird die telefonische Krankenschreibung zu oft rein symptomorientiert geführt. Für beide Seiten gebe es nachvollziehbare Gründe. Die Kritik aus Teilen der Wirtschaft und Politik an der telefonischen AU sei begründet, andererseits würden zu viele Praxisbesuche wegen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen die Praxen zusätzlich belasten. MEDI forderte, sich mit den Ursachen für höhere Krankheitsstände zu beschäftigen. Die Frage müsse

lauten: Warum ist die deutsche Bevölkerung zunehmend häufiger krank?

Bessere Vergütung für sprechende Medizin

Dr. Cathérine Hetzer-Baumann ist Mitglied im geschäftsführenden Vorstand von MEDI Baden-Württemberg und niedergelassene Hausärztin im Landkreis Esslingen. Für die junge Hausärztin fehlt es vor allem an Präventionsangeboten und sprechender Medizin: „Wir würden häufig gerne bei unseren Patientinnen und Patienten mehr in die Tiefe gehen, Zeit haben, um ihnen intensiver zuzuhören, aber diese Zeit fehlt uns in der täglichen Praxis. Hinzu kommt, dass das nicht ausreichend honoriert wird. Für uns ist das leider ein Minusgeschäft. Das ist fatal, denn das Gespräch, die Aufklärung und die Prävention sind der Schlüssel für eine erfolgreiche Behandlung und entlasten am Ende das Gesundheitssystem“, so Hetzer-Baumann.

MEDI forderte in der Pressemeldung eine adäquate Honorierung für sprechende Medizin und Präventionsangebote und wies auf die HZV hin, die durch jährliche Vorsorgeangebote und mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten auch zu einer nachweisbar besseren Versorgung führt.

Bessere Einordnung von Symptomen

Auch eine Förderung der Gesundheitskompetenz ist laut Ärzteverband MEDI eine wichtige Maßnahme, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und somit auch die Krankenschreibungen zu reduzieren.

» *Sehr viele Arztbesuche könnten verhindert werden, wenn die Patientinnen und Patienten besser aufgeklärt wären.* «

Dr. Michael Eckstein

Der stellvertretende MEDI-Vorsitzende Dr. Michael Eckstein, hausärztlicher Internist im Rhein-Neckar-Kreis, ergänzte: „Sehr viele Arztbesuche könnten verhindert werden, wenn die Patientinnen und Patienten besser aufgeklärt wären. Ich erlebe täglich mangelnde Kenntnisse über den eigenen Körper und die falsche Einordnung von Symptomen. Immer mehr Menschen gehen mit kleinen Beschwerden wie einem Schnupfen oder einer kleinen Schnittverletzung zum Arzt. Da sehe ich viel Unkenntnis und Angst, aber auch eine fehlende Selbstfürsorge.“



Foto: Ronny Schönebaum

Für MEDI-Vizechef und Hausarzt Dr. Michael Eckstein führt eine bessere Selbstfürsorge auch zu weniger Krankschreibungen.

Eckstein befürwortete in der Mitteilung, das Thema Gesundheit schon in der Schule zu behandeln, weil viele Eltern überfordert seien. Zudem kann eine bessere Selbstfürsorge auch zu deutlich weniger Krankschreibungen führen. 🇩🇪

Tanja Reiners

Budgetierung: Rund 1,78 Milliarden seit 2015 in Baden-Württemberg nicht vergütet

Laut einer Auswertung der KVBW auf Antrag von MEDI wurden erbrachte ärztliche Leistungen von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in Baden-Württemberg in den vergangenen zehn Jahren in einer Höhe von rund 1,78 Milliarden Euro aufgrund der Budgetierung nicht vergütet.

2024 wurden
rund **70.000**
Euro pro Arztpraxis
den Praxen vorenthalten!

MEDI geht davon aus, dass es sich bundesweit um einen zweistelligen Milliardenbetrag handelt, und warnte in einer Pressemitteilung im vergangenen Dezember eindringlich davor, „die ambulante Versorgung kaputtzusparen“.

Die MEDI-Fraktion hatte 2025 in der Vertreterversammlung der KVBW einen Antrag gestellt, die budgetierten Leistungen der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten der letzten zehn Jahre zu ermitteln. Die KVBW meldet eine Gesamtsumme nicht vergüteter Leistungen über alle nieder-

gelassenen Fachgruppen hinweg von 2015 bis 2024 von 1.779.717.657 Euro. Das bedeutet: Diese Leistungen wurden von den Praxen erbracht, aber aufgrund der Budgetierung nicht bezahlt.

Leistungen ohne monetäre Honorierung

„Diese beeindruckende Summe zeigt, welchen großen Beitrag Niedergelassene täglich leisten, um die ambulante Versorgung aufrechtzuerhalten und Patientinnen und Patienten zu versorgen – und das zum Teil ohne monetäre Honorierung. Seit Jahren wird auf dem Rücken der Niedergelassenen die ambulante Versorgung kaputtgespart“, kritisierte MEDI-Chef Dr. Norbert Smetak. Die Zahlen ließen auch Rückschlüsse auf die Lage der niedergelassenen Ärzteschaft in ganz Deutschland ziehen. Man könne von einem zweistelligen Milliardenbetrag ausgehen, der nicht leistungsgerecht ausbezahlt wird.

„In keinem anderen freien Beruf werden erbrachte Leistungen einfach nicht bezahlt. Wenn wir das bei aktuell rund 4.200 Praxen in Baden-Württemberg auf eine Praxis herunterbrechen, liegen wir im Durchschnitt bei rund 424.000 Euro in den vergangenen zehn Jahren, die Praxen und ihren Teams als Honorar vorenthalten wurden. Im Jahr 2024 waren es sogar rund 70.000 Euro. Warum sollen Praxen noch zusätzliche Termine anbieten, wenn schon das bisherige Terminangebot nicht voll bezahlt wird?“, mahnte der stellvertretende MEDI-Chef und Hausarzt Dr. Michael Eckstein. ■



Foto: Ronny Schönebaum

MEDI-Chef Dr. Norbert Smetak mahnt, die ambulante Versorgung nicht auf dem Rücken der Niedergelassenen kaputt zu sparen.

Tanja Reiners



Palliativmedizin: Neue Wege für die interdisziplinäre, sektorenverbindende Versorgung am Lebensende

Für viele Menschen sind Pflegeheime der letzte Lebensort. Ausgerechnet dort stößt der medizinische Handlungsspielraum oft an enge rechtliche Grenzen. Folge sind unnötige Krankenhauseinweisungen, unzureichende Symptomkontrolle und Unsicherheit bei Pflegekräften. Mit seinem „Pilotprojekt Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen“ (PiPiP) möchte Palliativmediziner Dr. Thomas Sitte das ändern.

Der Palliativmediziner aus Fulda kennt als Kranken- und Altenpfleger, Arzt und Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung die Stärken und Schwächen der palliativen Versorgung. Sein Hauptkritikpunkt: Pflegeheime und Hospize dürften sinn-

volle und unverzichtbare Medikamente für Palliativsituationen nicht als Stationsvorrat vorhalten. Selbst im Notfall könne man nicht eine einzige Tablette von einer Bewohnerin oder einem Bewohner an eine andere Person weitergeben. „Deswegen werden sie auch wegen Kleinigkeiten oft ins Krankenhaus eingeliefert, oder das Pflegeheim konsultiert die Hausärztin oder den Hausarzt – das ist unnötig und erzeugt viel Leid“, sagt Sitte. Der Palliativmediziner ist auch Vorstand des Ärztenetzes hessenmed, das zu MEDI GENO Deutschland gehört.

Für ihn ist klar: „Palliativversorgung verlängert Leben und spart nachweislich viel Geld. Doch dafür braucht es auch gute Strukturen, die rechtssicher

» Palliativversorgung verlängert Leben und spart nachweislich viel Geld. Doch dafür braucht es auch gute Strukturen, die rechtssicher agieren können. «

Dr. Thomas Sitte

agieren können.“ Seit über 25 Jahren setzt Sitte sich daher dafür ein, Pflegekräfte zu schulen und Hausarztpraxen, Pflegeeinrichtungen sowie Palliativdienste zu vernetzen. Ziel ist es, geeignete Strukturen zu schaffen, damit Menschen an ihrem Lebensende keine notwendigen Medikamente vorenthalten, unnötiges Leiden und gleichzeitig teure und belastende Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

60 Prozent weniger unnötige Krankenhauseinweisungen

Im Rahmen des Pilotprojekts PiPiP wurden beispielsweise in den Jahren 2018 bis 2020 mit der Förderung des Hessischen Sozialministeriums 20 Pflegeeinrichtungen geschult und begleitet. Der Abschlussbericht zeigt: Durch Information, klare Zuständigkeiten und telefonische Erreichbarkeit lassen sich unnötige Krankenhauseinweisungen deutlich reduzieren – im Durchschnitt um mehr als 60 Prozent. Gleichzeitig stieg die Zufriedenheit von Pflegepersonal, Bewohnern und Angehörigen spürbar.

Ein zentraler Befund betrifft die medikamentöse Versorgung. In Gesprächen und Diskussionsrunden wurde deutlich, dass Mitarbeitende im Pflegeheim vor allem unmittelbar verfügbare Notfallmedikamente, Verbandmaterialien und Hilfsmittel vermissen, um sicher handeln zu können. Vielerorts löst man dieses Problem zwar ganz pragmatisch: „Man nutzt die Medikamente von einem Bewohner auch für den anderen Bewohner“, berichtet Sitte. „Das ist bei Betäubungsmitteln umständlich möglich, zum Beispiel bei Metamizol, aber illegal. Da steht man mit einem Bein im Knast“, so der Mediziner.

Bundesweite Umfrage zur Palliativmedizin

Um die praktischen Bedarfe und Herausforderungen auch bundesweit zu erfassen, hat Sitte nun eine Online-Umfrage initiiert. Sie richtet sich an Ärztinnen und Ärzte sowie andere Angehörige der Heilberufe, die Pflegeheime versorgen – häufig „zur Unzeit“ und unter hohem Entscheidungsdruck. Ziel ist es, den Bedarf für regional angepasste Notfalldepots in Pflegeeinrichtungen sichtbar zu machen, nicht nur für Betäubungsmittel, sondern auch für andere essenzielle Medikamente, Verbandstoffe, Sauerstoff oder einfache Diagnostik.


Darüber hinaus wünscht sich Sitte bessere Verträge für Hausärztinnen und Hausärzte, die

Foto: Uli Mayer



Palliativmediziner Dr. Thomas Sitte engagiert sich seit vielen Jahren für eine strukturierte und sektorenverbindende Versorgung in Pflegeeinrichtungen.

Pflegeeinrichtungen betreuen. Neben der medizinischen Versorgung müssten auch qualifizierte Beratungsangebote auskömmlich vergütet werden. Denn: „Wenn Menschen wissen, welche Hilfen es gibt, entsteht auch Nachfrage nach guter Sterbegleitung“, sagt er. Selektivverträge könnten den Weg für bessere Palliativmedizin ebnen.

Doch die Hürden hierfür sind hoch, weiß MEDI-Unternehmensbereichsleiter Wolfgang Fechter: „Es gibt immer wieder gute Versorgungsansätze, die sowohl kollektiv- als auch selektivvertraglich leider nur schwer durchsetzungsfähig sind. Sie werden dann trotz erheblicher Mehraufwände bei der Versorgung in bestehende und zum Teil budgetierte oder pauschalierte Vergütungsregeln gezwängt. Aber immerhin: Für die palliativmedizinische Betreuung und Koordination haben wir im AOK-HZV-Vertrag gesondert abrechenbare Leistungen und Vergütungen vereinbart.“ Hier könnte man gegebenenfalls mit PiPiP-Leistungen anknüpfen. 

Antje Thiel

→ Hier geht es zur
Online-Umfrage:



Lange Wartezeiten: Praxen geben Tipps für ein erfolgreiches Terminmanagement

Patientinnen und Patienten verbringen jedes Jahr viele Stunden in deutschen Wartezimmern. Lange Wartezeiten gelten oft als unvermeidlich. Zwei MEDI-Ärzte zeigen, dass es auch anders geht: mit klarer Organisation, konsequentem Terminmanagement und einer Haltung, die auch die Zeit der Patientinnen und Patienten respektiert.

Lange Wartezeiten in der Arztpraxis trotz Termin – davon können viele Patientinnen und Patienten in Deutschland ein Lied singen. Umfragen der KBV zufolge berichten nur zwölf Prozent der Befragten von gar keiner Wartezeit beim Praxisbesuch. Die meisten warten 15 bis 30 Minuten, 18 Prozent bis zu 60 Minuten, sechs Prozent bis zu zwei Stunden und zwei Prozent sogar noch länger.

Dass es auch anders geht, zeigen Bewertungen auf Arztportalen wie Jameda. „Keine Wartezeiten“ oder „gleich drangekommen“ – solche Kommentare finden sich auffallend häufig unter dem Profil des Kirchheimer Kardiologen Dr. Norbert Smetak. Lange Wartezeiten kennt man in der Praxis des MEDI-Vorsitzenden kaum.

Mit offener Kommunikation und gutem Terminmanagement können Wartezeiten reduziert werden.

Foto: Robert Kneschke / stock.adobe.com



»Ich selbst mache nichts am PC, die Dokumentation läuft im Hintergrund. So kann ich mich vollständig auf das Kind und seine Eltern konzentrieren.«

Dr. Daniel Faul



Foto: Praxis Dr. med. Daniel Faul

Kinderarzt Dr. Daniel Faul setzt auf Delegation, um Wartezeiten zu vermeiden.

Keine offenen Sprechstunden oder Notfallsprechstunden

Für Smetak ist das eine Frage der Organisation. In seiner Praxis gibt es weder offene noch Notfallsprechstunden: „Ein schwerer kardiologischer Notfall wie etwa ein Verdacht auf Herzinfarkt gehört sofort in die Klinik und nicht in eine kardiologische Praxis. Jeder Termin ist geplant, Überbuchungen lehnt er ab. „Wir bestellen nur so viele Patientinnen und Patienten ein, wie wir auch wirklich bewältigen können.“ Patientinnen und Patienten, die ihre Termine unentschuldigt platzen lassen, sind in seiner Praxis selten: „Beim dritten Nichterscheinen ist Schluss, dann muss sich die Person eine andere Praxis suchen. Das kommunizieren wir ganz offen.“

Grundlage für sein Terminmanagement ist eine realistische Einschätzung des Zeitbedarfs – auch abhängig davon, ob es sich um neue oder bereits bekannte Patientinnen und Patienten handelt. Hinzu kommt ein straff organisierter interner Ablauf. „Mit strikter Selbstdisziplin kann man das hinkriegen, ohne dass man hektisch oder unhöflich wird.“ Während Smetak einen Menschen im Sprechzimmer sieht, durchlaufen andere bereits diagnostische Stationen wie EKG oder Ultraschall. „Das Wichtigste ist, dass es keinen Leerlauf gibt“, betont der Arzt. Dokumentiert wird per Spracheingabe, ausführliche Befunde diktiert er nach der Sprechstunde.

Eine Schlüsselrolle spielen die MFA – insbesondere bei der Terminvergabe. Sie orientieren sich an einem Ampelsystem: Grün bedeutet Spielraum, Gelb Vorsicht. Steht die Ampel auf Rot, kann beim besten Willen niemand mehr dazwischengeschoben werden. Smetak ist überzeugt, dass Wartezeiten auch eine Frage der Haltung sind. „Ich finde, dass ich nicht das Recht habe, nachlässig mit der Zeit anderer umzugehen.“

Dass dieses Prinzip auch im deutlich schwerer planbaren Alltag einer Kinderarztpraxis funktionieren kann, zeigt Dr. Daniel Faul aus Stuttgart. „Wir sind eine reine Bestellpraxis, ohne offene Sprech-

stunde. Es kommen also nur wenige Eltern und Kinder ohne Termin zu uns“, sagt Faul. Der Tag ist klar strukturiert: Vorsorgeuntersuchungen und Gespräche mit 20-Minuten-Slots, danach Impfungen, anschließend Akutsprechstunde.

Personalstärke und Delegation entlasten den Arzt

Bewertungen auf Jameda bestätigen das Konzept: „Wartezeit ist immer null“ oder „kurze bis gar keine Wartezeiten – selbst bei Notfällen“. Möglich wird das durch Personalstärke und Delegation. Vier MFA arbeiten in der Praxis, eine davon stets mit im Behandlungszimmer. „Ich selbst mache nichts am PC, die Dokumentation läuft im Hintergrund. So kann ich mich vollständig auf das Kind und seine Eltern konzentrieren.“

Auch sonst ist Delegation für Faul zentral: Leistungen wie Blutentnahmen oder Verbandwechsel übernehmen die MFA, das macht rund ein Viertel der täglichen Patientenkontakte aus. Zusätzlich baut er bewusst Puffer ein: Die Nachmittagssprechstunde beginnt offiziell um 14 Uhr, gearbeitet wird aber bereits ab 13.15 Uhr.

Auch Faul hält offene Kommunikation für entscheidend. „Wenn ein Kind mit 40 Grad Fieber kommt, nehmen wir es natürlich dran. Dann sagen wir den Eltern aber ehrlich, dass es 15 bis 20 Minuten dauern kann.“ Klare Grenzen gehören für ihn ebenfalls dazu: Wenn Eltern zusätzliche Anliegen haben, die sie „mal eben mitbesprechen“ möchten, werden diese konsequent auf einen neuen Termin verschoben. „Wenn man das gut erklärt, haben die meisten Eltern großes Verständnis“, sagt der Pädiater. ■■■

Antje Thiel

Die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten ist oft herausfordernd.



So gelingt die Kommunikation mit anstrengenden Patientinnen und Patienten

Herausfordernde Begegnungen mit Patientinnen und Patienten lassen sich nicht immer vermeiden – aber professionell gestalten. Ob ausufernder Redeschwall, schwelender Konflikt oder aggressive Grenzüberschreitung: Business-Coachin und Gesundheitsökonomin Katrin Holzinger vom Dr. Holzinger Institut erläutert, wie Gesprächsführung, Deeskalation und innere Abgrenzung den Praxisalltag spürbar entlasten.

Wenn es um schwierige Patientinnen und Patienten geht, haben die meisten gleich ein klares Bild vor Augen. Doch eine solche Zuschreibung findet Katrin Holzinger heikel. Die Business-Coachin weiß: „Die Etikettierung verstellt leicht den Blick. Dann ist es nicht mehr möglich, neutral und unvoreingenommen auf den Menschen zuzugehen. Denn Sprache formt Denken – und Denken beeinflusst unser Handeln.“

» *Die offene Einstiegsfrage
› Wie geht es Ihnen? ‹ lädt zu
sehr breiten Antworten ein. ‹*

Katrin Holzinger

Vielmehr gelte es, zwischen Mensch und Situation zu unterscheiden. „Menschen erscheinen in der Regel nicht ohne Grund in der Praxis“, betont Holzinger. Schmerzen, Angst, Frust, aber auch Hilflosigkeit angesichts belastender Diagnosen beeinträchtigen das bewusste Denken und führten zu Stress. „Dann gewinnen impulsive Reaktionen die Oberhand, rationales Abwägen hingegen tritt in den Hintergrund“, so die Expertin. Oder – wie man es in der Sprache der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie (REVT) ausdrücken würde – die Triade aus Denken, Fühlen und Handeln gerät ins Ungleichgewicht.

Wenn sich solche negativen Gefühle am Anmeldetresen entladen, kann das gerade für MFA herausfordernd sein. „Entscheidend ist es, sich nicht

» Sprache formt Denken –
und Denken beeinflusst
unser Handeln. «

Katrin Holzinger

auf die gleiche Stimmung oder Sprache einzulassen. Wenn mein Gegenüber unhöflich oder ungeduldig agiert, muss ich das nicht spiegeln. Diese Abgrenzung ist ganz wichtig – man muss sich innerlich klar darüber sein, wo man steht“, sagt Holzinger.

Konflikte anerkennen und dann deeskalieren

Im Umgang mit einer ungeduldigen oder unhöflichen Person bedeutet das konkret, die Situation nüchtern zu betrachten, anstatt sich von ihr treiben zu lassen und sich am Ende ebenfalls im Ton zu vergreifen. „Oft hilft da ein kleiner Realitätscheck: Sind meine Gefühle gerade nützlich in dieser Situation?“, rät Holzinger. Das eröffnete neuen Handlungsspielraum zur Deeskalation, etwa mit einem Satz wie: „Ich verstehe, dass Sie unzufrieden sind. Lassen Sie uns gemeinsam schauen, was jetzt hilfreich ist.“

Auch im Sprechzimmer können schwierige Situationen entstehen. Etwa, wenn Patientinnen und Patienten ihre Beschwerden in epischer Breite schildern und dabei auch das aktuelle Befinden der Schwiegereltern nicht auslassen. „Die offene Einstiegsfrage ‚Wie geht es Ihnen?‘ lädt zu sehr breiten Antworten ein“, sagt Holzinger dazu. Mit präzisen Fragen gelinge es leichter, den Fokus zu halten: „Was ist heute Ihr wichtigstes Anliegen?“ oder „Wir haben heute zehn Minuten – was möchten Sie klären?“

Wenn es doch einmal nötig ist, einen ausufernden Redeschwall zu bremsen, empfiehlt die Coachin strukturierende Zwischenfragen: „Habe ich Sie richtig verstanden, dass ...?“ – gefolgt von einer kurzen Zusammenfassung und der Rückführung zum Kernanliegen. „Viele Menschen haben Schwierigkeiten, ihr eigentliches Problem klar zu benennen. Sie brauchen Struktur und Orientierung.“ Diese Patientinnen und Patienten kann man beispielsweise bitten, zum nächsten Termin eine Checkliste mit den wichtigsten Themen mitzubringen, die sie auf dem Herzen haben. „Mit einer solchen Liste wird oft deutlicher, welches Problem gerade besonders wichtig ist und welches noch ein bisschen Zeit hat“, erklärt Holzinger.



foto: Jean-Claude Winkler / Dr. Holzinger Institut

Coachin Katrin Holzinger rät zu innerer Abgrenzung und einem strukturierten Dialog mit fordernden Patientinnen und Patienten.

Fortsetzung >>>

Tipps für den Praxisalltag:

- **Zwischen Person und Verhalten unterscheiden:** Nicht die Person ist schwierig, sondern ihr Verhalten.
- **Gesprächseinstieg präzise rahmen:** „Was ist Ihr wichtigstes Anliegen für heute?“
- **Struktur schaffen:** Zeitfenster transparent machen und das bisher Gesagte zusammenfassen.
- **Schützende Distanz wahren:** „Ich kann Ihnen mit meinem fachlichen Wissen bei Ihrem Gesundheitsproblem helfen.“
- **Professionelle Empathie zeigen:** Emotionen erkennen, ohne sie zu nah an sich heranzulassen.
- **Teamkultur aktiv pflegen:** Vertrauensvolle Grundstimmung überträgt sich auch auf Patientinnen und Patienten.

>>>
So gelingt die
Kommunikation
mit anstrengen-
den Patientinnen
und Patienten


Nicht Sympathie mit Kompetenz verwechseln

Gegenseitige Sympathie kann dabei nicht schaden – ist aber keine zwingende Voraussetzung für den Therapieerfolg. „Patientinnen und Patienten verwechseln allerdings bisweilen Sympathie mit Kompetenz“, beobachtet Holzinger. Dann sei es sinnvoll, die Rollenverteilung klar anzusprechen: Die Ärztin oder der Arzt bringt fachliches Wissen ein, die Patientin oder der Patient wirkt an der Behandlung mit. Eine gewisse Distanz zum Gegenüber sei sogar

» Es ist wichtig, auch im Team offen zu kommunizieren und einen vertrauensvollen Umgang zu pflegen. So etwas ist spürbar, sobald man eine Praxis betritt, und überträgt sich auch auf die Patientinnen und Patienten. «

Katrin Holzinger

von Vorteil. „Professionelle Empathie bedeutet, Emotionen wahrzunehmen, ohne sich von ihnen überrollen zu lassen. Oder andersherum: Sich abzugrenzen, ohne emotional abzustumpfen“, erklärt Holzinger.

Genau in diesem Punkt suchen viele medizinische Fachkräfte Unterstützung bei den Coaches, um die emotionalen Belastungen ihres Berufes besser zu bewältigen. Neben Wissen um psychologische Mechanismen und Tipps für professionelle Kommunikation mit Patientinnen und Patienten geben die Experten im Dr. Holzinger Institut Praxisteams dabei noch etwas mit auf den Weg: „Es ist wichtig, auch im Team offen zu kommunizieren und einen vertrauensvollen Umgang zu pflegen. So etwas ist spürbar, sobald man eine Praxis betritt, und überträgt sich auch auf die Patientinnen und Patienten.“ Und nicht zuletzt: „Es gibt so viele umgängliche und dankbare Patientinnen und Patienten – auf die sollte man sich fokussieren, wenn es mal wieder hektisch wird.“ 

Antje Thiel

Digitalisierung mit Hürden: Wie ein Kobold die Praxis lahmlegt

Eine Kolumne von MEDI-Hausarzt Dr. Lothar Scheidig



Hausarzt Dr. Lothar Scheidig aus dem Landkreis Tübingen kritisiert die dysfunktionale Digitalisierung und zunehmende Bürokratie in den Praxen.

Ja, wir haben einen Pumuckl. Einen Praxis-Kobold sozusagen. Einen TI- oder auch IT-Kobold. Zumindest fällt diesem Kobold jeden Tag etwas Neues ein. Kennen Sie das?

Das gilt natürlich auch für die KV und das BMG. Auch ihnen fehlt es nicht an Fantasie. Denken wir an das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, die TI oder die ePA, die uns allen das Leben mit ihren Auswüchsen etwas schwerer machen.

Zum Beispiel die Sache mit den Kärtchen. Und wir haben viele Kärtchen. Und viele Lesegeräte. In jedem Lesegerät steckt ein Kärtchen mit einem Ablaufdatum. Zusätzlich haben wir noch ein Praxis-kärtchen und zwei Heilberufsausweise. All das dient wohl der Sicherheit und bietet unserem Praxis-Kobold viele Möglichkeiten, uns zu ärgern.

Zum Beispiel, wenn wir plötzlich keine E-Rezepte mehr ausstellen können, weil unsere Praxis-SIM keinen Kontakt mehr hat. Das bedeutet: viele Telefonate führen, in überlasteten Hotlines hängen und auf kompetente Techniker warten – bis man den Fehler schließlich gefunden hat. Denn: Unser Praxis-Kobold ist nicht dumm und weiß genau, wie man solche Störungen schön verzwickelt verursacht.

Bestellung des Heilberufsausweises wird zur Nervenprobe

Alternativ kann aber auch die Gematik das Problem sein. Nichts leichter als das – kann man ja im Internet recherchieren. Nur weiterarbeiten kann man zunächst trotzdem nicht.

Und das ist noch gar nichts im Vergleich zur Bestellung meines neuen Heilberufsausweises – da wird's richtig spannend:

Es gibt nämlich drei Hersteller. Sie produzieren diese teuren Kärtchen. Neulich musste ein neues her, weil Zertifikate fehlten. Den Hersteller meiner Karte (Medisign) habe ich weder telefonisch noch per E-Mail erreichen können. Vielleicht hat da der Kobold den Stecker gezogen?

Bei der Ärztekammer leider auch nur Schulterzucken: Sie verwiesen mich an einen anderen Anbieter. Gesagt, getan und natürlich bezahlt. Denn das kostet Geld und viel Zeit und Nerven. Der Rest der Geschichte ist schnell erzählt. Die Frist zum Tausch der Karten wurde verschoben. Meine neue Karte ist immer noch nicht da, und der Kobold hat sich nun um einen der Drucker gekümmert ...

Ach, was wollte ich sagen? Von Hauptberuf bin ich Arzt – nicht Meister Eder. 🇩🇪

Schwere Diagnosen: Wie sag ich es meinem Patienten?

Menschen eine Krebsdiagnose oder eine andere lebensverändernde Erkrankung mitzuteilen, gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben im ärztlichen Alltag. Die Stuttgarter Diplom-Psychologin und MEDI-Psychotherapeutin Dr. Friederike Echtler-Geist erklärt, warum viele Ärztinnen und Ärzte damit ringen, und hat praktische Tipps für die einfühlsame Kommunikation parat.

In ihrer psychotherapeutischen Arbeit erlebt die Stuttgarter Diplom-Psychologin Dr. Friederike Echtler-Geist regelmäßig Patientinnen und Patienten, die sich nach Diagnosegesprächen überrumpelt oder alleingelassen fühlen. Das liegt zum einen am Zeitdruck, der Ärztinnen und Ärzten im Praxis- und Klinikalltag im Nacken sitzt. Doch die Psychologin weiß auch: „Viele tun sich schwer mit den emotionalen Reaktionen ihrer Patientinnen und Patienten.“ In der Folge wechseln sie zu schnell in den Lösungsmodus, wollen schnell Therapieoptionen und Heilungschancen aufzeigen.

Dabei erfordert gerade eine schwierige Diagnose eine strukturierte Gesprächsführung. Ein guter Start ist ein vorbereitender Satz wie: „Ich möchte jetzt in Ruhe mit Ihnen über die Untersuchungsergebnisse sprechen.“ Auch eine kurze Vorwarnung ist sinnvoll: „Das Ergebnis ist leider nicht so, wie wir gehofft hatten.“ Denn in Schocksituationen kann das Nervensystem komplexe Inhalte kaum aufnehmen: „Da funktionieren zunächst nur einfache Informationen und funktioniert nur das Emotionale“, so die Psychologin.

» Das Ergebnis ist leider nicht so, wie wir gehofft hatten. «

Dr. Friederike Echtler-Geist

Diagnosen klar benennen – mit Empathie
Sie rät zu kurzen Sätzen und bewusstem Innehalten. Dennoch sollte die Diagnose klar benannt werden: „Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass ...“ Ehrlichkeit darf dosiert werden, etwa durch Fragen wie: „Möchten Sie Details jetzt hören oder lieber später?“ Gleichzeitig gilt es, emotional präsent zu bleiben. „Man muss das Leid nicht auflösen können, um hilfreich zu sein“, betont Echtler-Geist. Tröstlicher als Floskeln wie „Sie müssen jetzt stark sein“ ist eine empathische Reaktion: „Ich sehe, wie sehr Sie das trifft.“



Foto: Nicola Lazi

Psychotherapeutin Dr. Friederike Echtler-Geist rät zum bewussten Innehalten.

Zum Abschluss des Diagnosegesprächs sollten konkrete nächste Schritte vereinbart werden. Zusammenfassungen oder schriftliche Notizen können bei der Verarbeitung ebenso helfen wie vorbereitetes Informationsmaterial. Gleichzeitig rät Echtler-Geist zur Vorsicht bei Internetrecherchen: „Die meisten beginnen sofort zu googeln – das sind oft ihre schlimmsten Stunden.“

Kommunikationsmodelle können helfen

Menschen verarbeiten schwierige Informationen sehr unterschiedlich: „Wir müssen immer schauen, was für diesen Menschen in diesem Moment richtig ist.“ Strukturierte Modelle wie SPIKES (siehe Kasten) können Ärztinnen und Ärzten dabei helfen, Sicherheit zu gewinnen und Gespräche professionell zu führen. „Ein guter Rahmen entlastet beide Seiten immens“, sagt Echtler-Geist. Gleichzeitig schützt eine solche Vorbereitung auch vor eigener emotionaler Erschöpfung. ■■

Antje Thiel

SPIKES-Kommunikationsschema

S – Situation: Geschütztes Gesprächsumfeld schaffen, eigene Gefühle reflektieren.

P – Patientenvorwissen: Erfragen, was das Gegenüber bereits weiß und erwartet.

I – Informationsbedarf: Klären, wie viele Informationen die Patientin oder der Patient jetzt erhalten möchte.

K – Kenntnisse vermitteln: Informationen klar, verständlich und in kleinen Schritten vermitteln.

E – Empathie: Gefühle wahrnehmen, benennen und wertschätzend begleiten.

S – Strategie: Nächste Schritte planen und Gespräch zusammenfassen.

Ein gemeinsamer Kochabend ist ein Klassiker unter den Teamevents.



Foto: stockmotion / stock.adobe.com

Teambuilding in der Praxis: Besondere Momente, die Verbindung schaffen

Im hektischen Praxisalltag bleibt für Austausch und Wertschätzung innerhalb des Praxisteam mit seiner klaren Arbeitsteilung oft zu wenig Raum. Teamevents können dabei helfen, den Zusammenhalt zu stärken und neu erlebbar zu machen. Dafür braucht es nicht zwingend eine externe Agentur oder ein üppiges Finanzbudget.

Eingespielte Routinen, Zeitdruck und große Verantwortung: Was nach außen reibungslos wirkt, bedeutet für ein Praxisteam häufig knappe Pausen, viele parallele Aufgaben und wenig Gelegenheit, sich außerhalb der eigenen Rolle zu begegnen. Teambuilding kann Kommunikation, Resilienz und Bindung stärken. Gut geplante Teamevents können Konflikten vorbeugen, bei der Integration neuer Kolleginnen und Kollegen helfen und das Wir-Gefühl im Team festigen.

Aufregende Erlebnisse mit neu verteilten Rollen

Bewährt haben sich Formate, die Zusammenarbeit spielerisch herausfordern. Klassiker wie Escape Rooms funktionieren deshalb so gut, weil – wie auch im Praxisalltag, aber mit anderen Aufgaben – Informationen geteilt, Zuständigkeiten geklärt und

Entscheidungen unter Zeitdruck getroffen werden müssen. Ähnlich effektiv sind Outdoor-Rallyes, bei denen die Teilnehmenden in Kleingruppen Aufgaben lösen, Punkte sammeln oder kreative Foto-Challenges absolvieren. Der Vorteil: Das Event ist niedrigschwellig, und das Team erlebt sich in neuen Rollen.

Ein weiteres beliebtes Format ist der Kochkurs. Gemeinsames Zubereiten und Essen sorgen für Entspannung, Gespräche entstehen automatisch. Besonders wertvoll: Hier kommen Kolleginnen und Kollegen ins Gespräch, die im Alltag selten Schnittstellen haben. Wer es unkompliziert mag, kann auch auf eigene Faust einen Küchenabend mit Team-Stationen organisieren – vom Antipasti-Tisch bis zur Dessert-Challenge.

Ungewöhnlicher und aufwendiger sind projekt-basierte Outdoor-Formate, bei denen Teams zum

Beispiel im Floßbau gegeneinander antreten. Events dieser Art werden auch von spezialisierten Agenturen angeboten und verbinden Planung und Kreativität mit gegenseitigem Vertrauen: Erst wird konstruiert, dann muss das Ergebnis tragen. Solche Erlebnisse bleiben im Gedächtnis, weil sie emotionale Anker setzen und Erfolg sichtbar machen.

Social Days passen zur Werte-DNA vieler Praxen

Für Teams, die sinnstiftend aktiv werden wollen, sind sogenannte Social Days ideal, bei denen sie gemeinsam ein soziales Projekt unterstützen, im Umweltbereich anpacken oder bei einer gemeinnützigen Aktion helfen. Das stärkt den Zusammenhalt über den gemeinsamen Spaß hinaus und passt zur Werte-DNA vieler Praxen.

Ob selbstorganisiert oder bei einem externen Anbieter gebucht – für die Organisation sollte man ausreichend zeitlichen Vorlauf einplanen und die wichtigsten Eckpunkte vereinbaren. Außerdem gilt

Gut geplante Teamevents können Konflikten vorbeugen, bei der Integration neuer Kolleginnen und Kollegen helfen und das Wir-Gefühl im Team festigen.

es, Zuständigkeiten zu klären: Wer recherchiert geeignete Locations und kümmert sich um die Buchung? Wer übernimmt Abstimmung, Einladung und Terminerinnerungen? Gilt das Event als Arbeitszeit oder findet es in der Freizeit statt?

Fazit: Ein Teamevent, das allen Beteiligten noch lange in positiver Erinnerung bleibt, sollte zum Praxisalltag, zu den Persönlichkeiten im Team und zur gewünschten Wirkung passen. Dann stehen die Chancen gut, dass es das Vertrauen untereinander fördert, die Kommunikation verbessert und ein echtes Gemeinschaftsgefühl schafft. ■

Antje Thiel

IT-Strategie statt Technik-Schnellschuss

Wer eine Praxis gründet, muss früh die richtigen Entscheidungen zur IT treffen. Umfrageergebnisse des Zi zeigen: Unzufriedenheit mit vielen Praxisverwaltungssystemen und störanfällige TI-Prozesse belasten den Alltag. Michael Schopf, Teamleitung IT-Administration bei MEDI, erläutert typische Fehlannahmen – und worauf es von Beginn an ankommt.

Wie fragil die digitale Basis vieler Praxen noch immer ist, zeigen die Ergebnisse einer aktuellen Umfrage des Zentralinstituts kassenärztliche Versorgung (Zi). Demnach berichten 82 Prozent von regelmäßigen Problemen beim Auslesen der elektronischen Gesundheitskarte, über 81 Prozent von Fehlern beim Verbindungsaufbau des TI-Konnektors, 71 Prozent von Schwierigkeiten beim eRezept. Hinzu kommen mangelnde Nutzerfreundlichkeit, hohe Lizenzgebühren und Wartungskosten sowie unzureichender Kundensupport. Die Folge: In jeder dritten Arzt- und Psychotherapiepraxis denkt man aktuell über einen Wechsel des Praxisverwaltungssystems (PVS) nach.



Die Praxis-Software wird zu rund 80 Prozent von MFA genutzt.

»Jede Praxissoftware sollte Grundvoraussetzungen mitbringen: Mandantenfähigkeit, Erweiterbarkeit, klare Rechte- und Rollenkonzepte.«

Michael Schopf

Ein Projektplan wie bei Malen nach Zahlen

Zum kritischen Erfolgsfaktor wird die Praxis-IT gerade in der Gründungsphase, weiß Michael Schopf. Er leitet die IT-Administration bei MEDI und hat jüngst mit seinem Team die komplette IT für ein neues MEDI-MVZ aufgebaut, wo auch das MEDI-eigene modular aufgebaute PVS garrioPRO zum Einsatz kommt. Sein Vorgehen beginnt nicht mit Hardware, sondern mit Struktur: „Man startet mit einer Projektsoftware, definiert sauber Ist und Soll, hinterlegt alle Aufgaben und arbeitet die Checklisten konsequent ab.“ Am Ende entsteht ein belastbarer Ablaufplan – von der Bestandsaufnahme über Beschaffung und Installation bis zum Go-live. „Wenn man sich daran hält, ist es wie Malen nach Zahlen.“

Ein verbreiteter Fehler sei der vorschnelle Fokus auf sichtbare Technik. „Viele Gründerinnen und Gründer denken zuerst an Rechner und PVS. Strategische Fragen werden unterschätzt – etwa Lizenzmodelle, Skalierbarkeit oder Schnittstellen.“ Das könne sich später rächen: zu wenige Arbeitsplätze, fehlende Kartenlesegeräte oder Softwarefunktionen, die in der gewählten Lizenzstufe nicht verfügbar sind. Schopf nennt ein typisches Beispiel: „Wenn eine gynäkologische Praxis feststellt, dass

ihr PVS nicht mit dem Ultraschallgerät gekoppelt werden kann, wird es teuer und organisatorisch schwierig.“

Netzarchitektur muss Praxis-Wachstum berücksichtigen

Für ihn ist Skalierbarkeit ein zentrales Kriterium. „Jede Praxissoftware sollte Grundvoraussetzungen mitbringen: Mandantenfähigkeit, Erweiterbarkeit, klare Rechte- und Rollenkonzepte.“ Auch die Netzarchitektur müsse mögliches Wachstum der Praxis in der Zukunft mitdenken, etwa in Form zusätzlicher Behandlungsräume, weiterer Fachrichtungen oder der Integration von Praxiszweigstellen. „Netztrennung, Sicherheitsdesign und Performance sind keine Details, sondern Grundsatzentscheidungen.“

Mit der elektronischen Patientenakte (ePA) steigen die Anforderungen weiter. „Formal ePA-fähig zu sein, reicht nicht. Die Lösung muss im Alltag praktikabel funktionieren“, erklärt Schopf. Dazu gehörten stabile Internetanbindung, TI-Komponenten, Kartenleser, Archiv- und Backup-Strategien sowie klar definierte Prozesse. Besonders die Telematikinfrastruktur bewertet Schopf kritisch: „Sie ist nach wie vor pflegeintensiv. Konnektoren müssen neu gestartet werden, Wartungsaufwand entsteht.“ Umso wichtiger seien feste Wartungsroutinen und ein verlässlicher IT-Partner.

MFA rechtzeitig in IT einbinden

Beim Thema künstliche Intelligenz (KI) rät der IT-Experte zu Realismus. „KI wird sicher ein Thema. In vielen Gründungsprojekten ist sie aktuell aber noch kein Primärtreiber.“ Vorrang hätten stabile Kernprozesse, saubere Dokumentationen und ein performantes PVS. Entscheidender Erfolgsfaktor bleibe das Team, denn im Alltag müssten sich vor allem die

Medizinischen Fachangestellten (MFA) mit den Stärken und Schwächen der Praxis-IT auseinandersetzen: „Die Software wird zu etwa 80 Prozent von medizinischen Fachangestellten (MFA) genutzt und zu rund 20 Prozent von Ärztinnen und Ärzten. Wer die MFA nicht früh einbindet, übersieht entscheidende Praxisrealitäten.“

Sein Rat an Praxisgründerinnen und -gründer ist eindeutig: „Nicht beim erstbesten Angebot zuschlagen. Mit mehreren PVS-Herstellern sprechen, Anforderungen klar definieren, Zukunftsszenarien durchspielen.“ Und vor allem: „Gut kommunizieren, Projektstatus regelmäßig abfragen.“ Denn eine solide IT sei kein einmaliges Installationsprojekt, sondern die Grundlage für einen reibungslosen Praxisbetrieb. 🇩🇪

Antje Thiel

Teamleiter Michael Schopf empfiehlt, sich zunächst auf die IT-Struktur zu konzentrieren, bevor in Hardware investiert wird.



Foto: Marit Müller

» Nicht beim erstbesten Angebot zuschlagen. Mit mehreren PVS-Herstellern sprechen, Anforderungen klar definieren, Zukunftsszenarien durchspielen. «

Michael Schopf



Foto: khunkornStudio / stock.adobe.com

KI kann Ressourcen in Arztpraxen freisetzen.

KI in der Praxis: Patientenströme lenken und Bürokratie reduzieren

Künstliche Intelligenz (KI) ist in vielen Praxen längst angekommen – oft unauffällig, aber mit spürbarem Effekt. Der stellvertretende Young MEDI-Sprecher und Gastroenterologe Dr. Florian Grabs aus Tauberbischofsheim beschäftigt sich mit dem Einsatz der KI im Praxisalltag und berichtet, wo KI heute schon hilft und welche Anwendungen in Zukunft Potenzial haben.

In seiner gastroenterologischen Praxis hat Dr. Florian Grabs längst viele Berührungspunkte mit künstlicher Intelligenz, etwa bei der Polypendetektion in der Endoskopie: „KI unterstützt uns bei der Erkennung von Quantität und Qualität der Polypen.“ Noch würden verdächtige Befunde grundsätzlich entfernt. Perspektivisch könnten KI-Systeme jedoch helfen, Risiken genauer einzuschätzen. Um differenzierte therapeutische Entscheidungen geht es auch bei dem von Grabs mitinitiierten MEDI-Pilotprojekt SpecialiCED – einer KI-basierten Software zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung (CED).

Doch auch jenseits hochspezialisierter Anwendungen ist KI in Grabs' Praxis präsent. „Das Diktierprogramm, das Sprache eins zu eins transkribiert und ins PVS überträgt, ist zwar keine KI-Anwendung im klassischen Sinn. Aber was es dazulernt, basiert auf KI.“ Ambivalenter bewertet er andere Tools: „Mit einem Ruummikrofon, das Anamnesegespräche aufzeichnet und medizinische Zusammenfassungen daraus generiert, waren wir bislang nicht zufrieden.“ Doch auf lange Sicht könnten solche Systeme den Praxen sicherlich Arbeit sparen.

KI kann Bürokratie reduzieren

Gleiches gilt für Organisations-Tools wie KI-gesteuerte Telefonassistenten, die Termine vereinbaren, gezielt bei den Anrufern nachfragen und den genauen Ressourcenbedarf für den Termin ermitteln können: „Darauf baue ich, damit wir die Patientenströme genauer steuern können.“ Ähnlich bewertet er die Pilotversion einer KI, die dokumentierte Befunde checkt und unmittelbar in die dazugehörigen Abrechnungsziffern übersetzt. „Derzeit brauchen wir noch eine MFA zur Kontrolle, doch sie hat dank des Tools deutlich weniger Arbeit und muss sich mit weniger Bürokratie herummühen“, erzählt er.

Noch muss die Software zwar ein paar juristische Hürden nehmen. Doch perspektivisch könnte sie das Praxisteam zusätzlich entlasten.

Herausfordernder sei es, mit Patientinnen und Patienten umzugehen, die mit KI-generierten Verdachtsdiagnosen in die Sprechstunde kommen. Grabs hofft daher auf spezialisierte KI-Systeme, die Brücken zwischen Wissenschaft und medizinischen Laien bauen. Seit Kurzem engagiert er sich im Beirat des Start-ups Almax, das KI-Agenten für das Gesundheitswesen entwickelt. Darunter ein nach den deutschen hausärztlichen Leitlinien konfigurierter KI-Agent und Avatar, der eine Ersteinschätzung sowie administrative Entlastung im Kontext einer digital assistierten Steuerung in der Primärversorgung möglich macht.

Wenn KI auf diese Weise bei der Patientensteuerung helfe, könnten Praxen die frei gewordenen Ressourcen an anderer Stelle nutzen. Grabs rechnet allerdings nicht damit, dass auf diese Weise mehr Zeit pro Termin frei wird. Angesichts des de-



Der stellvertretende Young MEDI-Sprecher Dr. Florian Grabs entwickelt mit SpecialiCED ein eigenes KI-Projekt für die Gastroenterologie.

mografischen Wandels hält er ein anderes Szenario für realistisch: „Es besteht das Risiko, dass sich durch KI das Hamsterrad nur noch schneller dreht. In der Konsequenz werden wir vermutlich einfach mit weniger Ärztinnen und Ärzten mehr Patientinnen und Patienten versorgen.“ ■■■

Antje Thiel

MEDI-Umfrage zur ePA: Schlechte Noten für die Sicherheit der Schweigepflicht und den Datenschutz

MEDI GENO Deutschland e. V. hat unter seinen Mitgliedern eine Umfrage zur elektronischen Patientenakte (ePA) durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Datenschutz sowie die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht beim Einsatz der ePA von den Befragten besonders kritisch beurteilt werden.

Fast **65 %**
der Befragten
bewerten die ePA mit
Blick auf den Daten-
schutz als „nicht
sicher“.



Die ePA bringt für die Praxen keine Entlastung.

Bis Ende Januar 2026 befragte MEDI GENO Deutschland rund acht Wochen lang bundesweit 263 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu den ersten Erfahrungen mit der elektronischen Patientenakte in der eigenen Praxis.

Fast 65 Prozent der Befragten bewerten die ePA mit Blick auf den Datenschutz als „nicht sicher“ und „gar nicht sicher“. Auch bei der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht sind die Teilnehmenden skeptisch: Fast 72 Prozent sehen die Einhaltung der Schweigepflicht durch die ePA „kritisch“ oder „sehr kritisch“ – vor allem durch die Zugriffsmöglichkeiten verschiedener Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen.

„Die Umfrage bestätigt unsere Erkenntnisse zur ePA. Seit eineinhalb Jahren weisen wir intensiv auf den mangelnden Datenschutz und die Haftungsprobleme bei Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch die intransparenten Zugriffe hin. Viele unserer Mitglieder lassen sich mittlerweile von ihrer Haftung durch ihre Patientinnen und Patienten entbinden“, betont Dr. Christian Messer, stellvertretender Vorsitzender von MEDI GENO Deutschland und niedergelassener Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Auch der Chaos Computer Club (CCC) hat im vergangenen Dezember weiterhin bestehende Sicherheitslücken bei der ePA bestätigt.

Messer weist auf die dringende Notwendigkeit der Digitalisierung im Gesundheitswesen hin: „Wir brauchen durch den demografischen Wandel mehr als zuvor eine funktionierende Digitalisierung und einen sinnvollen und zügigen Einsatz von KI – beispielsweise für digitale Ersteinschätzungen. Die Tools müssen aber sicher sein und zu einer Entlastung in den Praxen führen.“

Über die Hälfte der Befragten bewertet den Aufwand für die ePA im Praxisalltag allerdings als „aufwendig“ oder sogar „erheblich aufwendig“. Auch die ersten aktuellen Ergebnisse der Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur ePA zeigen, dass viele Praxen noch mit technischen Hürden zu kämpfen haben. Rund 84 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der MEDI-Umfrage sehen durch den Einsatz keine Erleichterung für ihre Arbeit.

Der stellvertretende Vorsitzende von MEDI Baden-Württemberg und niedergelassene Orthopäde Dr. Bernhard Schuknecht kritisiert: „Die elektronische Patientenakte hat aktuell weder für die Behandelnden noch für Patientinnen und Patienten einen Mehrwert. Es kann nicht sein, dass wir im vollen Praxisbetrieb mit einem völlig unausgereiften System arbeiten müssen. 36 Prozent der Befragten geben in unserer Umfrage an, dass sie pro Patient bis zu fünf Minuten Zeit in die ePA-Nutzung investieren. Das geht von der knappen Versorgungszeit ab und wird uns in keiner Form vergütet.“



Foto: Ronny Schönebaum

Vizechef von MEDI Baden-Württemberg Dr. Bernhard Schuknecht kritisiert den hohen Aufwand und die fehlende Vergütung bei der ePA.



Foto: Praxis Dr. med. Christian Messer

Der stellvertretende MEDI GENO-Vorsitzende Dr. Christian Messer weist schon lange auf die Haftungsprobleme bei Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch die ePA hin.

Der Ärzteverband forderte in der Pressemitteilung im vergangenen Februar, dass bei Nachbesserungen der elektronischen Patientenakte im Hinblick auf Praktikabilität und Datensicherheit insbesondere die Erfahrungen und Empfehlungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten berücksichtigt werden. 🇪🇺

Tanja Reiners

ePA-Infomaterialien für Praxen

MEDI GENO Deutschland führt seit ein- einhalb Jahren eine kritische Aufklärungskampagne durch – mit Informationsmaterialien für die Praxen und Widerspruchsf formularen für Patientinnen und Patienten.





Foto: estrel / stock.adobe.com

Verärgert über eine negative Online-Rezension? Nicht jede Bewertung muss hingenommen werden.

Negative Online-Rezensionen: Wie Arztpraxen wirksam dagegen vorgehen können

Negative Bewertungen auf Google, Jameda oder anderen Portalen verunsichern viele Praxen. Wichtig ist: Nicht jede schlechte Bewertung ist rechtswidrig – aber auch nicht jede muss hingenommen werden. MEDI-Juristin Angela Wank gibt Tipps, was dabei zu beachten ist.

MEDI-Juristin Angela Wank empfiehlt, eine Beschwerde konkret und nachvollziehbar zu begründen.



Foto: privat

Rechtlich wird zwischen Meinungsäußerungen und Tatsachenbehauptungen unterschieden. Aussagen wie „ich fühlte mich nicht ernst genommen“ sind in der Regel zulässige Meinungen. Anders ist es bei unwahren Tatsachenbehauptungen, wie beispielsweise „Fehldiagnose ohne Untersuchung“ oder bei Beleidigungen. Solche Inhalte können rechtswidrig

sein und müssen von der Plattform entfernt werden, wenn der Betreiber darauf hingewiesen wird.

Plattformbetreiber sind verpflichtet, Beschwerden sorgfältig zu prüfen. Voraussetzung ist laut Bundesgerichtshof, dass die Beanstandung auf eine klare Rechtsverletzung hinweist. Das bedeutet: Eine Beschwerde muss konkret und nachvollziehbar begründet werden. Pauschale Hinweise genügen meist nicht.

Ein vollständiger Anspruch auf Löschung des eigenen Praxisprofils besteht hingegen nicht ohne Weiteres. Bewertungsportale dürfen grundsätzlich Basisprofile führen, solange sie neutral bleiben.

MEDI empfiehlt folgendes praktisches Vorgehen für die Praxis:

1. Dokumentieren

Fertigen Sie Screenshots an – inklusive Datum, Profilname und URL. Denken Sie daran: Bewertungen können nachträglich verändert oder gelöscht werden.

2. Bewertung über die Plattform melden

Nutzen Sie die Meldefunktion, beispielsweise bei Google „Rezension melden“. Verweisen Sie konkret auf Richtlinienverstöße.

3. Substanziert rügen

Benennen Sie die beanstandeten Passagen genau. Erklären Sie sachlich, weshalb die Behauptung unwahr ist oder kein Behandlungskontakt bestand. Je konkreter die Begründung, desto höher die Erfolgsaussichten.

4. Schweigepflicht beachten

Öffentliche Antworten dürfen niemals Behandlungsdetails enthalten. Wichtig zu beachten: Selbst gut gemeinte „Richtigstellungen“ können gegen die ärztliche Schweigepflicht verstoßen. Zulässig ist eine neutrale Antwort wie: „Wir nehmen Rückmeldungen ernst und bieten gern ein persönliches Gespräch zur Klärung an.“

5. Rechtliche Schritte prüfen

Reagiert der Plattformbetreiber nicht, kann eine anwaltliche Aufforderung oder gerichtliche Geltendmachung von Unterlassungsansprüchen sinnvoll sein.


MEDI empfiehlt, negative Bewertungen weder zu ignorieren noch vorschnell zu eskalieren. Eine strukturierte Prüfung spart Zeit, Kosten und Nerven. Spezialisierte Anwälte können unterstützen, eine erste Einschätzung abgeben und Maßnahmen ergreifen.

Die wirksamste Strategie gegen negative Rezensionen ist Prävention: Ein aktiv positives

Viele kritische Einträge beruhen auf Missverständnissen oder rein organisatorischen Abläufen und lassen sich durch frühzeitige Kommunikation vermeiden.

Online-Auftreten sowie ein professionelles Beschwerdemanagement sorgen dafür, dass einzelne negative Bewertungen weniger ins Gewicht fallen oder gar nicht erst entstehen. Bestimmen Sie eine Person in Ihrer Praxis, die die Internetbewertungen regelmäßig im Blick hat.

Viele kritische Einträge beruhen auf Missverständnissen oder rein organisatorischen Abläufen und lassen sich durch frühzeitige Kommunikation vermeiden. Gehen Sie auf diese Bewertungen ein und zeigen Sie, dass Sie konstruktiv mit Kritik umgehen.

MEDI unterstützt Praxen gerne bei der rechtlichen Einordnung. 

April bis Juni 2026



VERTRAGSSCHULUNGEN FÜR ÄRZTINNEN, ÄRZTE / PSYCHOTHERAPEUTINNEN, PSYCHOTHERAPEUTEN

-- medizinisch

23.04.2026 / 18.00–19.30 Uhr

**Online-Fortbildung: „Schlaganfallprävention“
für Ärztinnen und Ärzte**

Online

20.05.2026 / 15.00–18.30 Uhr

**Das professionelle Mitarbeitergespräch |
Die Ärztin / der Arzt als Arbeitgeberin /
Arbeitgeber**

Online

VERANSTALTUNGEN FÜR MFA UND EFA[®] -- medizinisch

16.04.2026 / 18.00–19.30 Uhr

**Online-Fortbildung: „Schlaganfallprävention“
für MFA**

Online

20.05.2026 / 15.00–18.30 Uhr

**Effektives Impfmanagement: Immunologie,
Impfempfehlungen und Praxis-Tipps für MFA**
Handwerkskammer Ulm, Olgastraße 72,
89073 Ulm

VERANSTALTUNGEN FÜR ÄRZTINNEN, ÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTINNEN, PSYCHOTHERAPEUTEN, MFA/EFA[®]

-- medizinisch

22.04.2026 / 15.00–18.30 Uhr

Resilienz stärken – Stress bewältigen

MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2, Stuttgart

VERTRAGSSCHULUNGEN FÜR ÄRZTINNEN, ÄRZTE / PSYCHO- THERAPEUTINNEN, PSYCHOTHERA- PEUTEN UND MFA / EFA[®]

15.04.2026 / 14.30–16.30 Uhr

Abrechnungsschulung Kardiologie

Microsoft[®] Teams / Online

15.04.2026 / 14.00–16.00 Uhr

Vertragsschulung Nephrologie

Microsoft[®] Teams / Online

15.04.2026 / 15.00–16.30 Uhr

Vertragsschulung Pneumologie

Microsoft[®] Teams / Online

16.04.2026 / 15.00–17.30 Uhr

**Abrechnungsschulung Psychotherapie-
Verträge**

Microsoft[®] Teams / Online

>>>

17.04.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Abrechnungsschulung Gastroenterologie
 Microsoft® Teams / Online

22.04.2026 / 14.30–16.30 Uhr
Vertragsschulung Gastroenterologie
 Microsoft® Teams / Online

22.04.2026 / 15.00–16.30 Uhr
Vertragsschulung KJÄ
 Microsoft® Teams / Online

22.04.2026 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung Pneumologie
 Microsoft® Teams / Online

24.04.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Vertragsschulung Kardiologie
 Microsoft® Teams / Online

24.04.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Abrechnungsschulung Nephrologie
 Microsoft® Teams / Online

24.04.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Vertragsschulung Psychotherapie-Verträge
 Microsoft® Teams / Online

29.04.2026 / 15.00–16.30 Uhr
Abrechnungsschulung KJÄ
 Microsoft® Teams / Online

06.05.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Vertragsschulung PNP (PY + N + PT)
 Microsoft® Teams / Online

06.05.2026 / 14.00–16.00 Uhr
**Vertragsschulung PNP Modul Kinder- und
 Jugendpsychiatrie + Psychotherapie**
 Microsoft® Teams / Online

>>>

08.05.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Vertragsschulung Urologie
 Microsoft® Teams / Online

13.05.2026 / 14.00–16.30 Uhr
Abrechnungsschulung PNP (PY + N + PT)
 Microsoft® Teams / Online

13.05.2026 / 15.00–16.00 Uhr
Vertragsschulung Orthopädie
 Microsoft® Teams / Online

15.05.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Abrechnungsschulung Urologie
 Microsoft® Teams / Online

20.05.2026 / 15.00–16.30 Uhr
Abrechnungsschulung Orthopädie
 Microsoft® Teams / Online

27.05.2026 / 15.00–17.00 Uhr
Vertragsschulung Diabetologie
 Microsoft® Teams / Online

24.06.2026 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung Diabetologie
 Microsoft® Teams / Online



→ **ACHTUNG:**

Teilnehmende können sich online auf unserer Homepage zu allen Veranstaltungen anmelden. Bitte geben Sie eine gültige E-Mail-Adresse ein, damit Anmeldebestätigungen oder Zugangslinks zugestellt werden können.

MEDI trauert um Dr. Richard Daikeler



Mit großer Betroffenheit nimmt MEDI Abschied von Dr. Richard Daikeler, der am 6. Januar 2026 plötzlich und unerwartet im Alter von 68 Jahren während eines Skiurlaubs in der Schweiz verstorben ist. Er war erst wenige Monate vor seinem Tod in den Ruhestand gegangen – mit dem Plan, seine ärztliche Tätigkeit noch bis zum Sommer in reduzierter Form fortzusetzen und auch seine berufspolitischen Ämter geordnet zu übergeben.

Dr. Richard Daikeler hatte sich 1991 als Internist in Sinsheim niedergelassen. Seine Praxis war eine anerkannte Schulungs- und Behandlungseinrichtung und prägte über Jahrzehnte die diabetologische Versorgung in der Region und darüber hinaus. Auch als Gründungsmitglied und führender Vertreter berufsständischer Organisationen, unter anderem des Berufsverbands der niedergelassenen Diabetologen (BVND) und der Genossenschaft der Diabetologen Baden-Württemberg, war Daikeler eine anerkannte Stimme der ambulanten Diabetologie.

Neben seiner fachlichen Expertise wurde Richard Daikeler auch als Mensch hochgeschätzt: als zugewandter Arzt, verlässlicher Gesprächspartner und ruhender Pol in schwierigen Situationen. Weggefährten erinnern sich an ihn als freundlichen und tatkräftigen Menschen von großer menschlicher Wärme. Sein Rat hatte Gewicht, sein Stil war sachlich, konstruktiv und von großer Fairness geprägt.

Bei MEDI war Daikeler maßgeblich an der Entwicklung des 2017 gestarteten innovativen AOK-Diabetologievertrags beteiligt. Dabei setzte er sich vor allem für die Integration von Systemen zur kontinuierlichen Glukosemessung, insbesondere bei der intensivierten konventionellen Therapie (ICT) und der Insulinpumpentherapie, ein – lange bevor diese in der Regelversorgung Standard waren. Ebenso machte er sich für strukturierte Patientenschulungen, klare Indikationskriterien und wirtschaftliche Verordnungen stark. Auch bei der Einbindung eines Moduls zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms (DFS) und beim 2020 abgeschlossenen DAK-Vertrag setzte er wichtige Impulse.

Mit seinem Tod verliert MEDI einen engagierten Mitsreiter, die Diabetologie einen Vordenker und unzählige Patientinnen und Patienten einen Arzt, dem ihr Wohl stets am Herzen lag. Unser Mitgefühl gilt seiner Familie. Sein Wirken und seine Haltung werden in der MEDI-Gemeinschaft fortleben. 🇩🇪

at / red