MEDI TIMES

2026
4

DAS MAGAZIN FÜR MITGLIEDER DER MEDI VERBÜNDE • **WWW.MEDI-VERBUND.DE**



GKV-SPARGESETZ:
Wie geht es weiter, was können Praxen jetzt tun?

GEMEINSAME ZUKUNFT

Ärztekammerwahl 2026 in Baden-Württemberg

Die Politik spart – die Praxen schlagen Alarm

Liebe Kolleginnen und Kollegen,


Foto: Ronny Schönebaum

am 10. Juli hat der Bundestag das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beschlossen. Ab 2027 werden der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung damit rund 2,7 Milliarden Euro entzogen.

Die extrabudgetäre Vergütung für zusätzliche Termine und offene Sprechstunden entfällt – nahezu alles, was seit dem TSVG außerhalb der Budgets vergütet wurde, wird rebudgetiert. Dass gleichzeitig mit der Notfallreform die Terminmeldepflicht sogar noch verschärft wird, obwohl die Finanzierung dafür gestrichen wurde, ist ein Schlag ins Gesicht für uns Niedergelassene und die ambulante Versorgung in diesem Land.

Wir wollten in einer großen Praxis-Umfrage wissen: Wie kommt das in den Praxen an, welche Konsequenzen ziehen Kolleginnen und Kollegen? 1.782 Ärztinnen, Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Baden-Württemberg haben teilgenommen. 95 Prozent erwarten eine Verschlechterung der Patientenversorgung, 97 Prozent rechnen mit Honorarverlusten, rund die Hälfte mit mehr als 20.000 Euro im Jahr. Fast jede siebte Praxis denkt über die Aufgabe nach! Die Ergebnisse sind alarmierend.

Ausführliche Infos zu unserer Praxis-Umfrage finden Sie auf Seite 12. Wir haben die Ergebnisse bereits in einer Pressekonferenz vorgestellt – mit einem großen medialen Echo. Und genau das ist unsere Aufgabe: Wir müssen alle zeigen, dass es so nicht weitergehen kann!

Wir zeigen aber nicht nur die Probleme auf, sondern geben auch konkrete Hilfestellungen, wie Praxen jetzt wirtschaftlich arbeiten können. Bei unseren beiden Onlineveranstaltungen „GKV-Spargesetz – was jetzt?“ haben Vorstandsmitglieder aus Hausarzt- und Facharztpraxen sowie unsere Vertrags- und Rechtsexperten gezeigt, welche Spielräume bleiben: Haus- und Facharztverträge, Selbstzahlerleistungen oder Privatmedizin. Alle Infos finden Sie auf unserer Kampagnenseite www.medi-verbund.de/praxen-bedroht.

Zum Schluss habe ich noch ein wichtiges Anliegen: Im Herbst wird die Landesärztekammer gewählt. In dieser Ausgabe finden Sie unser Kammerwahl-Spezial. Unterstützen Sie MEDI! Geben Sie uns Ihre Stimme, damit wir uns für Sie einsetzen können.

Herzliche Grüße
Ihr
Dr. Norbert Smetak
MEDI-Vorsitzender

→ **Alle Infos zum GKV-Spargesetz: Praxen bedroht – Patienten in Not:**



KAMMERWAHL-SPEZIAL

Ärztekammerwahl 2026 in Baden-Württemberg: Unsere Listenverantwortlichen

38

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

GESUNDHEITSPOLITIK

06 **GKV-Spargesetz: Politik auf dem Rücken der ambulanten Praxen**
Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist beschlossene Sache. Damit drohen der ambulanten Versorgung tiefe Einschnitte. MEDI stellt sich entschieden gegen das Sparpaket. Auf die Protestkampagne im Frühjahr folgten in den vergangenen Monaten Online-Veranstaltungen, eine Praxisumfrage und Pressekonferenz sowie umfangreiche Materialien mit praktischen Tipps.



Foto: Zerbor / stock.adobe.com

10 **GKV-Spargesetz: Ansichten aus der Praxis**

12 **Große Praxis-Umfrage zeigt: 95 Prozent der Befragten erwarten Verschlechterung der Patientenversorgung**

15 **Labormediziner fürchten GKV-Spargesetz und neue GOÄ**

16 **Unfallchirurg gründet HNO-MVZ: »Medizin war schon immer meine Berufung«**
Drei von fünf HNO-Kassensitzen waren im Landkreis Rottweil zeitweilig unbesetzt. Seit dem 1. Juli 2026 versorgt ein neues Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) wieder Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich. Gegründet haben es mit Dr. Bernhard Schönemann, der zum Geschäftsführenden MEDI-Vorstand gehört, und Dr. Max Simon ausgerechnet zwei Chirurgen.



Foto: Ronny Schönebaum

19 **Krankschreibung: Mehr Kontrolle, mehr Bürokratie**

HAUS- UND FACHARZTVERTRÄGE

20 **Baden-Württemberg zeigt, wie Primärversorgung funktionieren kann**

22 **Haus- und Facharztverträge: Kontinuität trotz Sparkurs**

KAMMERWAHL-SPEZIAL



25 Vorwort von Dr. Norbert Smetak

26 MEDI-Arzt und Landeskammerpräsident Miller: »Selbstverwaltung ist ein Privileg«

28 Sektorenverbindende Gremienarbeit: Gegenseitiges Verständnis statt Grabenkämpfe

30 Daniela-Ursula Ibach: »Wir steuern auf einen Kipppunkt zu«

32 Vernetzung als Schlüssel für eine erfolgreiche Gesundheitsversorgung

34 Am Versorgungsbedarf orientieren – nicht am Eingangsstempel

35 Reformen statt Rotstift

36 Unser Wahlprogramm: Gemeinsam stark mit MEDI

42 Informationen zur Ärztekammerwahl

DIGITALISIERUNG & INNOVATIONEN

44 PVS garrio: »Mehr Zeit für Patientinnen und Patienten«

RECHT & VERSICHERUNGEN

48 Altersvorsorge: Neue gesetzliche Chancen mit hohen Fördermöglichkeiten

MFA & EFA®

50 MFA-Akademie: Mehr aus der EFA® machen

MAGAZIN

53 Premiere bei MEDI: Luca Ruppenstein ist der erste Auszubildende

VERANSTALTUNGEN

54 VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

HINWEIS:

Redaktionsschluss: 19. Oktober 2026. Spätere politische Entwicklungen sind in dieser Ausgabe nicht berücksichtigt.

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

Projektmanagement:
Jill Sayer, MEDIVERBUND AG

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.



Foto: Zerbor / stock.adobe.com

Sparen ohne Ende – MEDI stellt sich entschieden gegen das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz.

GKV-Spargesetz: Politik auf dem Rücken der ambulanten Praxen

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist beschlossene Sache. Damit drohen der ambulanten Versorgung tiefe Einschnitte. MEDI stellt sich entschieden gegen das Sparpaket. Auf die Protestkampagne im Frühjahr folgten in den vergangenen Monaten Online-Veranstaltungen, eine Praxisumfrage und eine Pressekonferenz sowie umfangreiche Materialien mit praktischen Tipps.

Etwa 2,7 Milliarden Euro werden den vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Praxen ab 2027 fehlen. Die Einsparungen sollen durch Kürzungen erzielt werden (siehe Kasten). Für MEDI-Chef Dr. Norbert Smetak markiert das Spargesetz einen dramatischen Wendepunkt für die ambulante Versorgung: „Nicht der medizinische Bedarf bestimmt künftig den politischen Kurs, sondern die Finanzlage. Das ist ein gefährlicher Paradigmenwechsel." Er rechnet damit, dass sich die ambulante Versorgungslage dadurch drastisch verschlechtern wird.

Dass diese Sorge nicht nur die Verbandsspitze umtreibt, zeigt eine aktuelle MEDI-Umfrage unter 1.782 Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten aus Baden-Württemberg. Sie wurde im September auf einer Pressekonferenz vorgestellt – mit großem medialem Echo. Demnach erwarten 95 Prozent der Befragten eine Ver-

Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik soll 2,7 Milliarden sparen

- Extrabudgetäre Vergütungen und Zuschläge nach Terminvermittlungen oder im Rahmen von „offenen Sprechstunden“ entfallen. Außerdem ist eine Verschärfung der Terminmeldungen vorgesehen.
- Bislang extrabudgetär vergütete Leistungen wandern weitgehend zurück in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (z. B. Psychotherapie, Präventionsleistungen und voraussichtlich auch Leistungen nach AOP-Katalog). Psychotherapeutische Leistungen für Kinder, Jugendliche oder schwer psychisch Erkrankte werden ab 1. Januar 2027 weiterhin extrabudgetär vergütet.
- Hybrid-DRG-Leistungen werden ab 2027 nur noch bei einer Klinikübernachtung vergütet und 2028 komplett gestrichen.
- Zusätzlich zur grundsätzlichen Budgetierung der Vergütung der psychotherapeutischen Regelversorgung fällt ab 1. Januar 2027 der Zuschlag für die ersten zehn Sitzungen bei einer Kurzzeittherapie und die Angemessenheitsprüfung weg.
- Die Vergütungen für die Befüllung der ePA, die Hygiene-Zuschläge und die Beratung zur Organ- und Gewebespende werden gestrichen.
- Es erfolgt eine Absenkung des technischen Leistungsanteils für Leistungen der Fachgruppen Nuklearmedizin, Radiologie und Strahlentherapie und bei der Bewertung von Katarakt-OP.
- Für Praxen bedeutet das voraussichtlich einen Rückgang der KV-Honorare, sinkende Fallwerte, mehr wirtschaftlichen Druck und mehr Unsicherheit bei der Honorarentwicklung.



Young MEDI-Sprecherin und Psychotherapeutin Claudia Bach richtet den Blick auf Praxisorganisation, digitale Entlastung und neue Versorgungsansätze.

schlechterung der Patientenversorgung. Mit Honorarverlusten rechnen 97 Prozent, rund die Hälfte sogar mit mehr als 20.000 Euro pro Jahr.

Gefahr einer schleichenden Zwei-Klassen-Medizin

Mehr als zwei Drittel der Befragten wollen die Einnahmeverluste durch den Ausbau von Privat- und Selbstzahlerleistungen ausgleichen. Das heißt: weniger GKV-Termine, weniger GKV-Sprechstunden und ein geringerer Versorgungsumfang. Für 15 Prozent kommt sogar die Aufgabe ihrer Niederlassung in Betracht. Für MEDI liegt genau darin die Gefahr einer schleichenden Zwei-Klassen-Medizin: „Diese Entwicklung finden wir sehr problematisch, sie ist nicht in unserem Sinne“, betont Dr. Michael Eckstein, stellvertretender MEDI-Vorsitzender und Hausarzt.

Bereits im Frühjahr 2026 hatte MEDI gemeinsam mit anderen Ärzteverbänden öffentlich gegen diese Entwicklung mobil gemacht. Bundesweite Protestaktionen und Praxisschließungen sollten zeigen, dass die Belastungsgrenze vieler Praxen längst erreicht ist. Ungeachtet der Proteste wurde das Gesetz am 10. Juli 2026 im Bundestag verabschiedet – für MEDI das Signal, vom Protest- in den Informations- und Beratungsmodus umzuschwenken.

Fortsetzung >>>



MEDI stellt Praxen auf der Website Materialien wie diese Aufkleber für eine Kampagne zur Verfügung.

>>> GKV-Spargesetz: Politik auf dem Rücken der ambulanten Praxen

Großer Informations- und Beratungsbedarf

Schon die erste Online-Veranstaltung, „GKV-Spargesetz – was jetzt?" am 29. Juli 2026, stieß auf sehr großes Interesse. Smetaks Appell war deutlich: „Machen Sie sich rechtzeitig mit den neuen Regeln vertraut, die ab 1. Januar 2027 gelten sollen!" Um dem großen Informationsbedarf in den Praxen zu begegnen, präsentierten mehrere MEDI-Expertinnen und -Experten konkrete Ideen für den Umgang mit den neuen Rahmenbedingungen.

So empfahl Claudia Bach, Sprecherin von Young MEDI und psychologische Psychotherapeutin, den Blick stärker auf Praxisorganisation, digitale Entlastung und neue Versorgungsansätze zu richten: „Nicht mit der Frage, was bisher falsch war, sondern wie man den neuen Bedingungen gerecht werden kann." Ebenso wichtig sei es, sich berufspolitisch gut aufzustellen: „Unabhängig von politischen Entscheidungen müssen wir unsere Praxen so weiterentwickeln, dass sie dauerhaft leistungsfähig bleiben", riet Bach.

Wann GKV-Leistungen privat abgerechnet werden dürfen, erläuterte Dr. Oliver Stenz, Referatsleiter Recht. Seine Botschaft war eindeutig: „Medizinisch indizierte Kassenleistungen dürfen nicht einfach in Selbstzahlerleistungen umgewandelt werden. Wer dagegen verstößt, riskiert Honorarkürzungen und Disziplinarverfahren." Auch eine schnellere Terminvergabe gegen Bezahlung für GKV-Leistungen ist unzulässig. Zulässig sind Selbstzahlerleistungen aus juristischer Sicht nur in klar abgegrenzten Fällen. Außerdem rät er, die Praxisorganisation entspre-



Young MEDI-Sprecher und Hausarzt Dr. Stefan Reschke reicht es – er zieht sich aus dem GKV-System weitestgehend zurück.

chend zu gestalten und die finanziellen Auswirkungen von Praxiskosten und Einnahmen zu betrachten.

Wer sich aus diesem Korsett befreien will, kann den Parallelbetrieb von GKV- und Privatpraxis erwägen. „Niedergelassenen steht auch die Eröffnung einer reinen Privatpraxis offen, wirtschaftlich tragfähig ist dieses Modell jedoch nicht überall", erklärte Stenz. Dabei sollten Sprechzeiten getrennt organisiert und der Personaleinsatz sauber dokumentiert werden. Sinnvoll sind außerdem eine präzise Kostenaufteilung, separate Telefonleitungen sowie Patientenakten, getrennter Wareneinkauf, eigene Verträge und separate Bankkonten sowie Buchhaltungskreise.

MEDI-Arzt stellt auf Privatpraxis um

Am einfachsten gelingt der Parallelbetrieb von GKV- und Privatpraxis mit getrennten Standorten. Das verdeutlichte Dr. Stefan Reschke, Young MEDI-Sprecher und Hausarzt: „Ich habe diese Entwicklung bereits vor einigen Jahren kommen sehen und eine meiner beiden Praxen im vergangenen Jahr in eine reine Privatpraxis umgewandelt." Seine Erfahrung: Wenn Patientinnen und Patienten merken, dass privatärztliche Leistungen gar nicht so teuer sind wie vermutet, zeigen sie durchaus Verständnis – zumal Reschke sich in seiner privatärztlichen Sprechstunde mehr Zeit für sie nehmen kann.

»Unabhängig von politischen Entscheidungen müssen wir unsere Praxen so weiterentwickeln, dass sie dauerhaft leistungsfähig bleiben.«

Claudia Bach

Auch Selektivverträge bleiben ein wichtiger Baustein außerhalb der klassischen Budgetlogik, wie MEDI-Unternehmensbereichsleiter Wolfgang Fechter erläuterte: „Es ist sinnvoll, auch jetzt noch an den Haus- und Facharztverträgen teilzunehmen und weitere Patientinnen und Patienten für die Verträge zu rekrutieren, denn die Einbudgetierungen und Mengen- und Honorarbegrenzungen haben aktuell keine Auswirkungen auf Fortführung und Weiterentwicklung der Selektivverträge."

Auch die Folgeveranstaltung am 1. Oktober 2026 wurde sehr gut angenommen. Dabei ging es um die Fragen, wie die Kassenärztliche Vereinigung Praxen in der aktuellen Situation unterstützt, wo die rechtlichen Grenzen der wirtschaftlichen Praxisführung verlaufen und warum Haus- und Facharztverträge jetzt besonders wichtig sind.

Denn klar ist: Mit dem aktuellen Gesetz ist die Debatte nicht beendet. MEDI fordert seit Langem echte Strukturreformen: mehr Patientensteuerung, weniger Bürokratie, mehr Ambulantisierung, praxistaugliche Digitalisierung und den Ausbau moderner Versorgungsmodelle. Die Haus- und Facharztverträge sind dafür bundesweit eine echte Blaupause. Ob die weiteren Pläne der Bundesregierung den Namen „Strukturreform" verdienen, muss sich allerdings noch zeigen.

Antje Thiel

→ **Alle Infos zu den Veranstaltungen, den Kampagnen und Materialien finden Sie hier:**

GKV-Spargesetz: Ansichten aus der Praxis

Ein Kommentar von Dr. Christiane von Holst


Foto: Ronny Schönebaum

Dr. Christiane von Holst ist Gynäkologin in Heidelberg und gehört zum Geschäftsführenden MEDI-Vorstand.

Beitragssatzstabilität klingt zunächst nach einer guten Nachricht. Wer möchte schon, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung weiter steigen? Das geplante Gesetz soll die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung drosseln. Dafür wird das Honorarwachstum der niedergelassenen Ärzteschaft begrenzt und bisherige Budgets beispielsweise für offene Sprechstunden wieder gestrichen. Diese Einschnitte treffen uns alle hart.

Was bedeutet das für uns Ärztinnen und Ärzte? Eine Praxis besteht nicht nur aus den Minuten im Untersuchungszimmer. Hinter jedem Termin stehen Mitarbeitende, Räume, Geräte, Hygiene, IT, Dokumentation, Abrechnung und steigende Qualitätsanforderungen. Gleichzeitig brauchen Menschen kurzfristige Termine. Bei einer neu aufgetretenen Blutung, bei Schmerzen oder auffälligen Befunden kann eine Patientin oder ein Patient nicht wochenlang warten.

Gerade deshalb wurden Anreize für offene Sprechstunden geschaffen. Was passiert mit der Versorgung, wenn die Kosten begrenzt werden, die Anforderungen an die Praxen aber weiter steigen? Wir behandeln keine „Fälle“ oder Statistiken, sondern Menschen.

Welche Versorgung wollen wir garantieren, was ist sie uns wert?

Medizinischer Versorgungsbedarf lässt sich nicht beliebig rationalisieren. Eine Untersuchung dauert so lange, wie sie dauert. Ein Gespräch über eine schwere Diagnose lässt sich nicht auf drei Minuten verkürzen. Eine Schwangere braucht Zeit, ein verunsicherter Patient mit Beschwerden eine ausführliche Anamnese. Genau diese Zeit wird im Gesundheitssystem zur knappsten Ressource.

Bei allen Diskussionen um das Spargesetz dürfen wir nicht vergessen, dass hinter jeder Zahl ein Mensch steht. Ich möchte nicht in einem System arbeiten, in dem ich ständig überlegen muss, welche Leistung sich noch „rechnet“. Ich möchte Medizin machen und als Gynäkologin meinen Patientinnen auch in Zukunft sagen können: „Wir kümmern uns darum.“

Dafür brauchen wir Rahmenbedingungen, die medizinische Qualität, Erreichbarkeit und wirtschaftliche Realität verbinden. Wir sollten nicht nur fragen: Was können wir einsparen? Sondern auch: Welche Versorgung wollen wir garantieren, was ist sie uns wert? Das Gesetz führt zu Widersprüchen, die am Ende nicht auf einem Schreibtisch im Ministerium landen, sondern in der Arztpraxis. Bei mir. Bei uns allen.

Große Praxis-Umfrage zeigt: 95 Prozent der Befragten erwarten Verschlechterung der Patientenversorgung

Eine aktuelle MEDI-Umfrage unter 1.782 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Baden-Württemberg zeigt, dass aufgrund der geplanten Sparmaßnahmen der Regierung 95 Prozent der Befragten eine Verschlechterung der Patientenversorgung in der ambulanten Versorgung erwarten. 79 Prozent der Teilnehmenden sehen die Zukunft der Versorgung in Baden-Württemberg pessimistisch.

Mit Blick auf die drastischen Sparmaßnahmen in der ambulanten Versorgung durch das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz der Bundesregierung hat MEDI vom 17. Juli bis 3. August 2026 eine Online-Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg durchgeführt. An der Umfrage beteiligten sich 1.782 Personen.

Die Ergebnisse wurden im Rahmen einer Online-Pressekonferenz Anfang September vor Medienvertreterinnen und Medienvertretern präsentiert – ergänzt durch Impulsvorträge aus der Ärzte- und Psychotherapeutenschaft zur Situation und Zukunft der Praxen.

51 %
der Umfrageteilnehmer bewerten die Zukunft ihrer eigenen Praxis pessimistisch.


Foto: Ronny Schönebaum

MEDI-Chef Dr. Norbert Smetak warnt vor einer weiteren gravierenden Verschlechterung der Versorgung durch das GKV-Spargesetz.

Alarmierende Ergebnisse für die Versorgung

Die Auswertung der Umfrage zeigt: 95 Prozent der Befragten erwarten, dass sich die Versorgung der Patientinnen und Patienten verschlechtern wird. 79 Prozent der Umfrageteilnehmer bewerten die Zukunft der ambulanten Versorgung in Baden-Württemberg pessimistisch, davon 42 Prozent sehr pessimistisch und 37 Prozent eher pessimistisch.

„Das sind alarmierende Ergebnisse. Die ambulante Versorgungslage hat sich bereits in den vergangenen Jahren durch die demografische Entwicklung, den zunehmenden Versorgungsbedarf und den fehlenden Praxisnachwuchs deutlich verschlechtert. Das spüren die Patientinnen und Patienten täglich. Schon heute sind rund 1.000 Hausarztsitze in Baden-Württemberg vakant. Durch die drastischen Sparmaßnahmen der Regierung bei der ambulanten Versorgung wird es noch mal zu einer deutlichen

Reduzierung der Leistungen kommen, weil viele Praxen dadurch wirtschaftlich erheblich unter Druck geraten werden“, betonte MEDI-Chef Dr. Norbert Smetak in der Pressemitteilung.

Ausbau von Privatleistungen und Selbstzahlerleistungen

Laut der Befragung fühlen sich 85 Prozent der befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz stark belastet – 46 Prozent davon sehr stark, 39 Prozent stark. Rund die Hälfte der Umfrageteilnehmer (51 Prozent) bewertet die Zukunft der eigenen Praxis pessimistisch. 97 Prozent der Befragten erwarten einen Honorarverlust, rund 50 Prozent erwarten mehr als 20.000 Euro Honorarverlust pro Jahr.

Zu welchen Konsequenzen die geplanten Sparmaßnahmen für ihre Praxis führen könnten, wurden die Niedergelassenen zudem gefragt. Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich. Die höchste Zustimmung erhielten folgende Optionen:

1. Ausbau von Privatleistungen:
69 Prozent
2. Ausbau von Selbstzahlerleistungen:
66 Prozent
3. Weniger GKV-Termine anbieten:
61 Prozent
4. Reduzierung von GKV-Sprechstundenzeiten:
53 Prozent
5. Reduzierung des Versorgungsumfangs:
39 Prozent

Darüber hinaus gaben 15 Prozent der Befragten an, eine Aufgabe ihrer eigenen Niederlassung in Erwägung zu ziehen. Auch diese Antwortoption konnte zusätzlich zu den anderen ausgewählt werden.

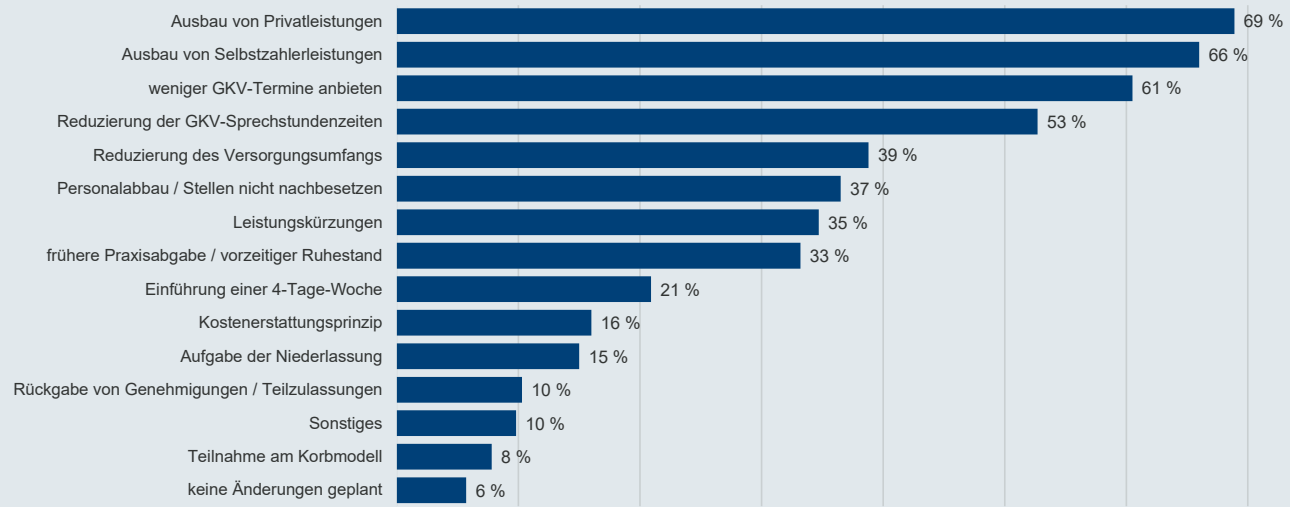
Großes mediales Echo

„Wir möchten die Politik eindringlich warnen, dass diese Sparmaßnahmen erhebliche Folgen für die ambulante Versorgung und die Patientinnen und Patienten haben werden. Die Honorarkürzungen werden zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen. Diese Entwicklung finden wir sehr problematisch und sie

Fortsetzung >>>

ERGEBNISSE DER UMFRAGE

Welche Maßnahmen die Praxen erwägen (Mehrfachnennungen waren möglich.)



Nur 6 Prozent planen keine Änderungen. Im Schnitt nennt jede Praxis 4,8 Maßnahmen; 15,0 Prozent ziehen die Aufgabe der Niederlassung in Erwägung.

Auszug aus der Umfrage: Diese Konsequenzen ziehen Praxen.

»Die Honorarkürzungen werden zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen. Diese Entwicklung finden wir sehr problematisch und sie ist nicht in unserem Sinne.«

Dr. Michael Eckstein

>>> Große Praxis-Umfrage zeigt: 95 Prozent der Befragten erwarten Verschlechterung der Patientenversorgung

ist nicht in unserem Sinne", ergänzte MEDI-Vizechef Dr. Michael Eckstein in der Pressemeldung.

Die Teilnahme an der Pressekonferenz und das mediale Echo zur Umfrage waren groß. „Für unsere politische Arbeit und Kommunikation ist es sehr wichtig, dass wir anhand konkreter Zahlen und Analysen der Politik auch über die Medien immer wieder zeigen, welche drastischen Auswirkungen durch das Spargesetz für die ambulante Versorgung zu erwarten sind", erklärt Tanja Reiners, Referatsleiterin der Unternehmenskommunikation bei MEDI.

Seit vielen Jahren fordert MEDI umfassende Strukturreformen, um das Gesundheitssystem nachhaltig zu entlasten – mit einer strukturierten Patientensteuerung, mit Maßnahmen zur Entbürokratisierung und Ambulantisierung sowie einer effizienteren Digitalisierung. Auch moderne Versorgungskonzepte, wie die Haus- und Facharztverträge, die MEDI in Baden-Württemberg mitentwickelt und eingeführt hat, müssten weiter ausgebaut und bundesweit ausgerollt werden.

red

→ **Alle Ergebnisse der Praxis-Umfrage finden Sie hier:**

Labormediziner fürchten GKV-Spargesetz und neue GOÄ

Mit zuverlässigen Befunden sichert die Labormedizin Diagnostik und Therapieentscheidungen. Doch ihre Akteure bleiben meist im Hintergrund. Die Labormediziner Dr. Michael Elgas und Dr. Sven Girgensohn wünschen sich mehr Aufmerksamkeit für ihr Fach und Dialog auf Augenhöhe. Zugleich fürchten sie bei wachsendem wirtschaftlichem Druck um die Versorgung in der Fläche.

Über 70 % der Diagnosen der sprechenden Medizin stützen sich wesentlich auf Laborbefunde.



Foto: Parilov / stock.adobe.com

Labormediziner wünschen sich mehr Aufmerksamkeit für ihr Fach.

„Als kleine Facharztgruppe fallen wir im politischen Diskurs leicht hinten runter“, sagt Dr. Michael Elgas, der in einem MVZ-Labor in Karlsruhe arbeitet. Dabei versorgen die bundesweit rund 250 ambulanten Labore große Einzugsgebiete, holen täglich Proben in den Praxen ab und liefern in 90 Prozent der Fälle taggleiche Ergebnisse. Das werde aber zu selten als eigenständige ärztliche Leistung wahrgenommen.

„Dabei sind wir echte Querschnittsdoktoren“, betont Elgas. Auch sein Kollege Dr. Sven Girgensohn, Ärztlicher Leiter in einem MVZ in Heidelberg und in Neustadt, wünscht sich mehr Augenhöhe. Schließlich habe die Labormedizin mehr zu bieten als reine Analytik: „Über 70 Prozent der Diagnosen der sprechenden Medizin stützen sich wesentlich auf Laborbefunde. Dort hätte man also viel weniger zu erzählen ohne uns!“

Weniger Laboraufträge durch GKV-Spargesetz

Sorge bereitet beiden die wirtschaftliche Entwicklung. Das GKV-Spargesetz sieht zwar keine direkten Kürzungen in der Labormedizin vor. Doch wenn in den Praxen die Zahl der Patientenkontakte sinkt, werden auch weniger Laboraufträge vergeben. Laborärztinnen und -ärzte, die fast nur auf Zuweisung arbeiten, müssen dann mittelbar mit sinkenden Einnahmen rechnen – bei steigenden Personal- und Strukturkosten.

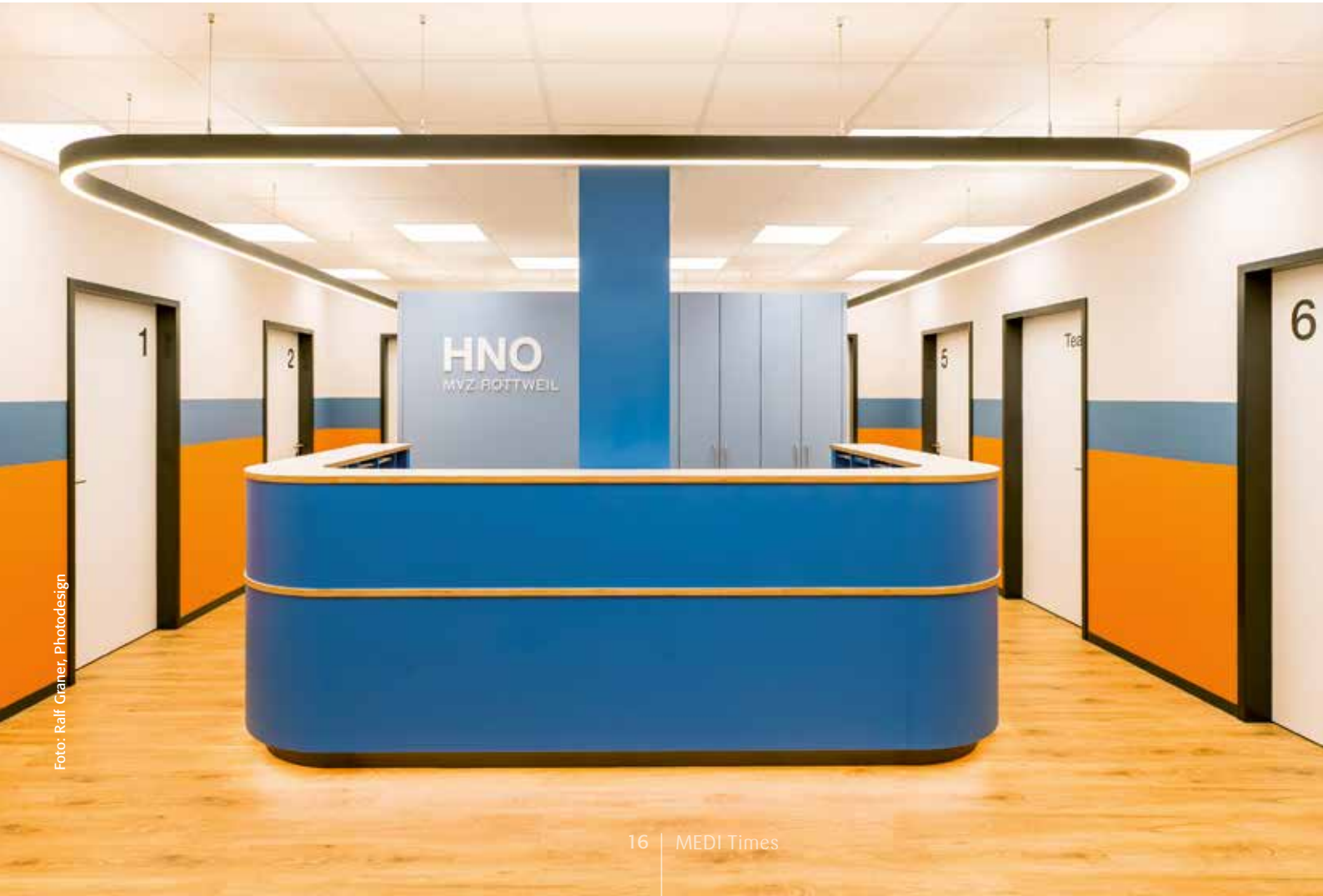
„Und wenn 2028 die neue GOÄ kommt, deren Entwurf technische Leistungen zugunsten der sprechenden Medizin abwertet, ist die flächendeckende labormedizinische Versorgung in Gefahr“, warnt Girgensohn. Berechnungen zufolge würde der vorliegende GOÄ-Entwurf die ärztliche Labordiagnostik um rund 34 Prozent abwerten. Bis zu 79 Prozent der Labore werden dann bis 2030 in die Verlustzone geraten.

Dann wären Labore gezwungen, Fahrten zu bündeln, Leistungen einzuschränken, sich zusammenzuschließen oder Standorte zu schließen. Umso wichtiger ist Elgas und Girgensohn der Austausch mit anderen Fachgruppen. Denn: „Deren Sorgen betreffen am Ende auch die Labormedizin.“

Antje Thiel

Unfallchirurg gründet HNO-MVZ: »Medizin war schon immer meine Berufung«

Drei von fünf HNO-Kassensitzen waren im Landkreis Rottweil zeitweilig unbesetzt. Seit dem 1. Juli 2026 versorgt ein neues Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) wieder Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich. Gegründet haben es mit Dr. Bernhard Schönemann, der zum Geschäftsführenden MEDI-Vorstand gehört, und Dr. Max Simon ausgerechnet zwei Chirurgen.



Mit der modernen Ausstattung punktet das neue HNO-MVZ in Rottweil auch bei der Personalsuche.

Foto: Ralf Graner, Photodesign

»Ich habe keine Hobbys, mir macht Medizin einfach Spaß.«

Dr. Bernhard Schönemann



Foto: Ronny Schönebaum

Medizin ist sein Hobby und seine Berufung: MVZ-Gründer Dr. Bernhard Schönemann.

Wie kommt man dazu, als Chirurg mit gut laufender Praxisklinik ein HNO-ärztliches MVZ zu eröffnen, um die Versorgung zu sichern? Langeweile kennt Dr. Bernhard Schönemann jedenfalls nicht: Neben seiner Praxis engagiert er sich bei MEDI als Geschäftsführender Vorstand und in der Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Südbaden. Seit mittlerweile 30 Jahren ist er mit seiner chirurgischen Praxis in Rottweil ansässig: „Angefangen habe ich mit einer Einzelpraxis, mittlerweile sind wir sechs Chirurgen plus fünf angestellte Fachärzte."

Erst vor zwei Jahren wurde die Praxisklinik mit einem großen OP-Trakt neu gebaut. Nur ein Treppenhaus trennt sie vom Nachbargebäude, in dem weitere Ärztinnen und Ärzte praktizieren. Darunter waren auch zwei HNO-Ärzte, die nach vergeblicher Nachfolgersuche Hals über Kopf ihre Praxis aufgaben. Als zusätzlich eine HNO-Praxis im Nachbarort schloss, waren von fünf Kassensitzen im Landkreis zeitweilig drei unbesetzt.

Engpass bei HNO-Operationen für Kinder

„Ein absoluter Notstand!", erinnert sich der Chirurg. Er sah Kinder mit Mittelohr-Belüftungsstörungen, die unbehandelt zu Hörminderung und Sprachentwicklungsverzögerungen führen können. „Dabei geht es nur um einen ganz kleinen Eingriff." Zugleich war der neue OP-Trakt seiner Praxisklinik noch nicht ganz ausgelastet. Eigentlich wollte er ihn auch Kolleginnen und Kollegen anderer Fachrichtungen für ambulante Operationen anbieten.

So entstand bei Schönemann und seinem Kollegen Dr. Max Simon die Idee, eine Betreibergesellschaft zu gründen, die verwaiste HNO-Praxis zu übernehmen und in ein MVZ mit angestellten HNO-Ärztinnen und -Ärzten umzuwandeln. Das Gesundheitsamt und die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vermittelten Kontakte. Einige HNO-Kolleginnen und -Kollegen warteten noch auf die Anerkennung ihrer ausländischen Berufsabschlüsse, andere hatten bereits als Oberärztinnen und -ärzte in Kliniken gearbeitet.

Angestellte Ärzte können sich auf kurative Tätigkeit konzentrieren

Als der Zulassungsausschuss grünes Licht gab, übernahm das Team die benachbarte HNO-Praxis. „Personalräume, Umkleiden und die Sterilgutaufbereitung von Chirurgie und HNO wurden zusammengelegt", erzählt Schönemann. Die HNO-Räume mussten saniert, umgebaut und mit neuen Instrumenten ausgestattet werden. Die nagelneue Einrichtung helfe bei der Personalsuche, „doch für unsere ärztlichen Angestellten ist es vor allem attraktiv, dass sie sich auf ihre kurative Tätigkeit konzentrieren können und sich nicht um Arbeitsschutz, Personalwesen, Abrechnung oder wirtschaftliche Kennzahlen kümmern müssen."

Während ihr ärztliches Personal von administrativen Aufgaben verschont blieb, kämpften Schönemann und sein Partner mit der Bürokratie. Etwa als die Zulassungsstelle die Bescheinigung der Berufshaftpflichtversicherung für das MVZ zunächst nicht anerkannte, weil Chirurgie- und HNO-Praxis im selben Gebäude unterschiedliche Hausnummern tragen. Oder als das Führungszeugnis eines angestellten Kollegen aus dem Kosovo auf dem Postweg trotz Einschreiben verloren ging und per Kurier zugestellt werden musste. Oder: Als ihnen klar wurde, dass für HNO-Leistungen wie Audiometrie, RAST oder Hörgeräteverordnung jeweils Einzelzulassungen erforderlich sind. „Damit muss man sich herumschlagen,

Fortsetzung >>>

>>> Unfallchirurg gründet HNO-MVZ: »Medizin war schon immer meine Berufung«

wenn man Versorgungslücken schließen will", kommentiert Schönemann trocken.

Große Unterstützung von KVBW, MEDI und anderen Partnern

Er freut sich aber auch über die Unterstützung, die das Projekt erfuhr: Die KVBW begleitete das Vorhaben über Niederlassungsberatung und Sicherstellungskoordination, das Landratsamt Rottweil erkundigte sich regelmäßig nach dem Fortgang, MEDI stellte Musterverträge für MVZ-Gründung und Anstellungen bereit, und auch der HNO-Berufsverband stand mit Rat und Tat zur Seite. Als besonders unkompliziert erwies sich die Industrie- und Handelskammer (IHK), die dem MVZ im Rekordtempo die Genehmigung erteilte, Kaufleute für Büromanagement auszubilden.

Im ersten Monat wurden gut 1.000 Patientinnen und Patienten behandelt, die Fallzahlen sollen schrittweise steigen. Neben HNO-Grundversorgung und ambulanten Operationen bietet das MVZ inzwischen Audiometrie für Kinder und Neugeborene sowie Allergologie mit Pricktestung und RAST an; Schlafapnoe-Diagnostik und Hörgeräteverordnung sollen folgen. Als erfahrener Niedergelassener rechnet Schönemann damit, dass der Betrieb erst in zwei Jahren rundläuft. „In dieser Zeit sollte man nicht allzu oft aufs Bankkonto schauen und sich nicht verrückt machen lassen", schmunzelt er.

Das gilt auch für das geplante GKV-Spargesetz. Die KVBW erwartet dadurch im Bereich HNO Honorareinbußen von elf Prozent im kommenden Jahr. „HNO-Medizin lässt sich nicht wirtschaftlich darstellen", kritisiert Schönemann. „Wir hoffen, dass wir das durch unsere OP-Tätigkeit und die MEDI-Facharztverträge kompensieren können." Perspektivisch soll das HNO-MVZ auch Selbstzahlerleistungen anbieten. Schönemann betont aber: „Wir machen das nicht, um Gewinne zu erzielen. Es gibt großen Bedarf, deshalb ziehen wir das durch." Seine Motivation ist klar: „Medizin war schon immer meine Berufung. Ich habe keine Hobbys, mir macht Medizin einfach Spaß."

Antje Thiel

Krankschreibung: Mehr Kontrolle, mehr Bürokratie

Die Bundesregierung will die Regelungen zur Krankschreibung deutlich verschärfen. Geplant sind die verpflichtende Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) bereits ab dem ersten Tag sowie die Abschaffung der telefonischen Krankschreibung (Telefon-AU).



Noch weniger Behandlungskapazität: MEDI kritisiert die Pläne zur Verschärfung der Krankschreibung.

In einer Pressemitteilung reagierte MEDI auf die Planungen und warnte vor weiterer Bürokratie sowie einer zusätzlichen Belastung der Hausarztpraxen. MEDI forderte mehr Vertrauen in die Verantwortung der Ärzteschaft sowie Maßnahmen zur Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz.

»Die Politik verspricht, uns durch Bürokratieabbau zu entlasten, und legt am Ende wieder eine Schippe drauf.«

Dr. Michael Eckstein

„Die Vorschläge verschärfen die ohnehin drastische Lage in den Hausarztpraxen. Das bedeutet für uns konkret, dass wir künftig jeden Patienten mit Migräne oder einem leichten Infekt in der Sprechstunde sehen müssen, um ihnen eine eintägige Krankschreibung auszustellen. Das führt zu noch weniger Behandlungskapazitäten – vor allem auf Kosten chronisch kranker Patientinnen und Patienten“, mahnte Dr. Michael Eckstein, MEDI-Vizechef und Hausarzt im Rhein-Neckar-Kreis.

Entscheidungen der Ärzteschaft überlassen

Eckstein warnte zudem vor weiterer Überregulierung: „Die Politik verspricht, uns durch Bürokratieabbau zu entlasten, und legt am Ende wieder eine Schippe drauf.“ Zudem kritisierte MEDI, dass den Praxen zusätzliche Aufgaben übertragen werden, ohne sie zu vergüten – während mit dem geplanten GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zugleich Honorarkürzungen geplant sind.

Mit Blick auf das geplante Primärarztsystem werde die Situation insbesondere für niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte immer prekärer. „Schon heute fehlen über 1.000 Hausarztpraxen in Baden-Württemberg. Wir können die Hausarztpraxen, aber auch die Facharztpraxen, nicht weiter belasten“, so Eckstein.

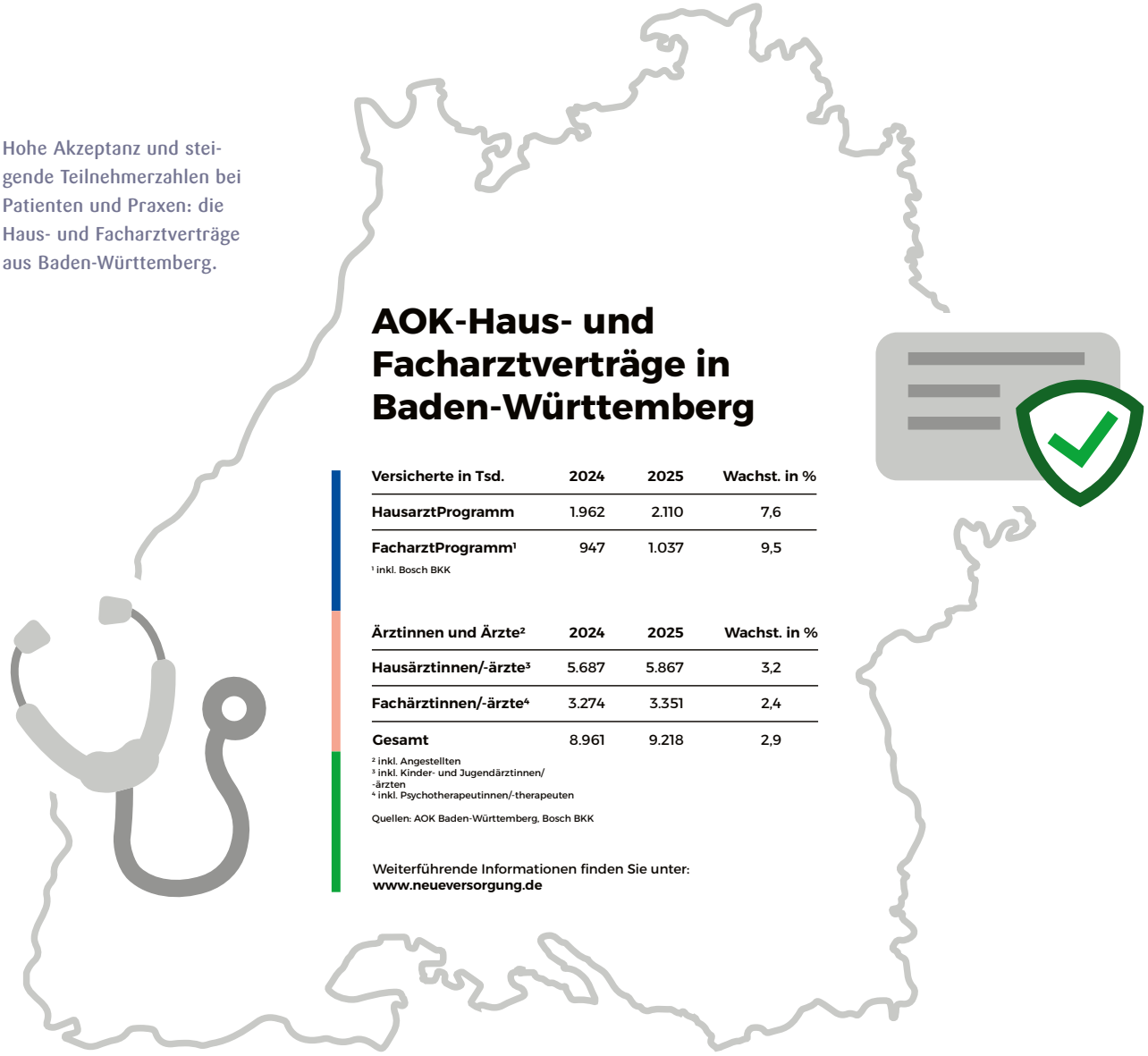
Für Dr. Cathérine Hetzer-Baumann vom Geschäftsführenden MEDI-Vorstand ist die Situation gerade als jüngere Hausärztin mit eigener Praxis im Landkreis Esslingen besonders dramatisch. „Wir fordern die Politik auf, die Entscheidung über die Ausstellung einer Krankschreibung grundsätzlich den Ärztinnen und Ärzten zu überlassen. Wir kennen unsere Patientinnen und Patienten am besten und sind medizinisch dafür ausgebildet. Wir wissen genau, wem wir telefonisch eine AU ausstellen können und wen wir in der Praxis sehen müssen.“

Tanja Reiners

Baden-Württemberg zeigt, wie Primärversorgung funktionieren kann

Während bundesweit über die Zukunft der Primärversorgung diskutiert wird, liefern die Vertragspartner in Baden-Württemberg Fakten: Mehr als 2,1 Millionen Versicherte nehmen inzwischen an der HZV teil, über eine Million am Facharztprogramm. Beide Programme sind 2025 erneut deutlich gewachsen.

Hohe Akzeptanz und steigende Teilnehmerzahlen bei Patienten und Praxen: die Haus- und Facharztverträge aus Baden-Württemberg.



AOK-Haus- und Facharztverträge in Baden-Württemberg

Versicherte in Tsd.	2024	2025	Wachst. in %
HausarztProgramm	1.962	2.110	7,6
FacharztProgramm[1]	947	1.037	9,5

[1] inkl. Bosch BKK

Ärztinnen und Ärzte[2]	2024	2025	Wachst. in %
Hausärztinnen/-ärzte[3]	5.687	5.867	3,2
Fachärztinnen/-ärzte[4]	3.274	3.351	2,4
Gesamt	8.961	9.218	2,9

[2] inkl. Angestellten
[3] inkl. Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzten
[4] inkl. Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Quellen: AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK

Weiterführende Informationen finden Sie unter:
www.neueversorgung.de

Seit 18 Jahren zeigen die AOK Baden-Württemberg, der Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg sowie die Bosch BKK, wie ein hausärztlich gesteuertes Primärversorgungssystem mit angeschlossenen Facharztverträgen erfolgreich umgesetzt werden kann.

Die Teilnehmerzahlen sprechen für hohe Akzeptanz: Die Zahl der HZV-Versicherten der AOK Baden-Württemberg stieg bis Ende 2025 auf mehr als 2,1 Millionen – ein Plus von 7,6 Prozent. Im gemeinsamen Facharztprogramm von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK wurde mit 1,037 Millionen erstmals die Millionenmarke überschritten. Insgesamt nahm die Zahl der teilnehmenden Versicherten über beide Programme hinweg um 9,5 Prozent zu.

Auch auf Ärzteseite verzeichneten die Programme Wachstum. 5.867 Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte inklusive Angestellten nahmen an der HZV teil, 3.351 Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten am Facharztprogramm. Insgesamt stieg die Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten damit auf 9.218.

Koordination verbessert die Versorgung

Aus Sicht der Vertragspartner sind die Selektivverträge das bundesweit fortschrittlichste System hausärztlicher Steuerung und ein Modell für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung.

Die Anfang 2026 veröffentlichte Evaluation der Universitäten Heidelberg und Frankfurt am Main belegt die Wirkung der HZV mit eindeutigen Ergebnissen:

- 2022 verzeichnete die HZV-Gruppe 3,1 Millionen Hausarztkontakte mehr und 1,36 Millionen weniger unkoordinierte Facharztbesuche ohne Überweisung.
- Laut Hochrechnungen der evaluierenden Universitäten konnten von 2011 bis 2022 bei 119.000 Diabetikerinnen und Diabetikern mehr als 9.200 schwerwiegende Komplikationen vermieden werden, darunter rund 700 Amputationen sowie ca. 4.800 Herzinfarkte und Schlaganfälle.
- 2022 gab es in der HZV 24.000 Influenzaimpfungen mehr und rund 7.500 weniger Verordnungen potenziell ungeeigneter Medikamente für ältere Menschen ab 65 Jahren.

Selektivverträge als regionale Innovationsmotoren

Die Vorstandsvorsitzenden von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK sowie die Vorsitzenden von Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg und MEDI Baden-Württemberg betonen übereinstimmend, dass die steigenden Teilnehmerzahlen und die positiven Evaluationsergebnisse den Erfolg der HZV und der Facharztverträge bestätigen.

Die Programme sorgen aus ihrer Sicht für eine kontinuierliche, koordinierte und qualitativ hochwertige Versorgung, stärken die hausärztliche Steuerung und bieten Versicherten wie Praxen konkrete Vorteile. Zudem ermögliche die enge Verzahnung von Hausarztzentrierter Versorgung und Facharztverträgen eine Behandlung, die sich konsequent am medizinischen Bedarf orientiere.

Baden-Württemberg-Modell als Grundlage für Primärversorgungssystem

Gleichzeitig fordern sie, die erfolgreichen regionalen Versorgungsstrukturen zu erhalten und weiterzuentwickeln sowie mehr Freiräume für die Akteure, um die Selektivverträge als regionale Alternativen und Innovationsmotoren zu erhalten. Baden-Württemberg zeige bereits heute, wie ein modernes Primärversorgungssystem funktionieren könne – mit starken Hausarztpraxen und einer engen Verzahnung mit der fachärztlichen Versorgung.

Die Botschaft der Vertragspartner ist klar: Das Baden-Württemberg-Modell verbindet hausärztliche Steuerung, fachärztliche Versorgung und innovative Versorgungskonzepte. Es funktioniert bereits heute und bietet eine konkrete Grundlage für ein bundesweites Primärversorgungssystem.

red

→ Die ausführliche Pressemitteilung der Vertragspartner finden Sie hier:

Haus- und Facharztverträge: Kontinuität trotz Sparkurs

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz soll die Ausgaben der Krankenkassen stabilisieren und trifft die ambulante Versorgung an vielen Stellen hart. Das Gesetz setzt auch den Selektivverträgen engere Grenzen bei Vergütungserhöhungen. Die umstrittenen Kürzungen und Budgetierungen treffen dagegen vor allem die Regelversorgung. MEDI sieht daher gute Argumente für die Weiterentwicklung der Haus- und Facharztverträge.



Jasmin Ritter, Abteilungsleiterin Vertragswesen der MEDIVERBUND AG, entwickelt gemeinsam mit den Vertragspartnern die Selektivverträge kontinuierlich weiter.

Trotz massiver Proteste der Ärzteschaft hat der Bundestag am 10. Juli 2026 das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) beschlossen. Entsprechend groß sind Ärger und Verunsicherung in den Praxen, berichtet Jasmin Ritter, Abteilungsleiterin Vertragswesen der MEDIVERBUND AG: „Noch im Laufe des Gesetzprozesses haben uns viele Fragen erreicht. Zum einen zu berufspolitischen Positionen von MEDI zu KV-Aufgaben, aber auch zur Zukunft der Selektivverträge."

Zumindest in Sachen Selektivverträge kann MEDI seine Mitglieder beruhigen: „Es gibt nur sehr wenige Eingriffe des Gesetzgebers in Vorschriften, die für Selektivverträge gelten", sagt Wolfgang Fechter, Unternehmensbereichsleiter der MEDIVERBUND AG. Auch auf Kassenseite sieht MEDI keinen grundsätzlichen Kurswechsel, wie Ritter ergänzt: „Wir arbeiten ja mit den Krankenkassen zusammen, die den Mehrwert der Verträge kennen."

Dauerhaft im Verhandlungsmodus

Die Kontinuität der Verträge ist also gewährleistet. Wie bisher wird weiter regelmäßig geprüft, ob Leistungen noch angemessen vergütet sind und welche neuen Leistungen aufgenommen werden sollten. „Wir haben alle Verträge weiterentwickelt und entsprechend ergänzt", sagt Ritter, „inzwischen sind wir beim Vertragsmanagement in einen Modus übergegangen, in dem vieles auf der Arbeitsebene läuft." In der Regel treffen sich die Arbeitsgruppen einmal pro Quartal und können so schneller auf gesetzliche Neuerungen oder medizinische Innovationen reagieren.

So gibt es zum Beispiel seit Juli 2025 im Pneumologievertrag eine neue Leistung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bei COPD und Asthma. Im Urologie-Vertrag wiederum wurde im April 2026 eine Leistung zur Steuerung der Überweisung zur mp/bp-MRT bei Verdacht auf Prostatakarzinom aufgenommen.

Spargesetz betrifft in erster Linie die Regelversorgung

Fechter betont: „Das Spargesetz gilt im Hinblick auf die Beschränkungen bei bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen und Zuschlägen nur für die Regelversorgung – nicht für Selektivverträge, auch wenn es zum Teil um die gleichen Leistungen geht." Die viel kritisierten Einbudgetierungen und Kürzungen – etwa bei extrabudgetären Leistungen, der Psychotherapie oder den Zuschlägen für Terminvermittlung – betreffen die Haus- und Facharztverträge dagegen nicht. Sie gelten für die Regelversorgung.

Auswirkungen haben dagegen neu eingefügte Vorgaben zur Beitragssatzstabilität (siehe Kasten). Für MEDI ist das allerdings keine völlig neue Welt, betont Fechter: „Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität war in den Selektivverträgen schon immer gelebte Praxis."

MEDI rechnet mit steigendem Interesse an Verträgen

Angesichts der drohenden Honorareinbußen in der Regelversorgung rechnet man bei MEDI damit, dass Selektivverträge für Ärztinnen und Ärzte in Zukunft noch attraktiver werden: „Wenn sie die Auswirkungen schwarz auf weiß in der Abrechnung sehen, steigt das Interesse an Verträgen", prognostiziert Fechter. Bei den Psychotherapie-Verträgen ist schon jetzt eine gesteigerte Nachfrage zu verzeichnen. „Wir haben das



Foto: Ronny Schönebaum

Wolfgang Fechter, Unternehmensbereichsleiter der MEDIVERBUND AG, beobachtet eine steigende Nachfrage bei den Selektivverträgen.

»Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität war in den Selektivverträgen schon immer gelebte Praxis.«

Wolfgang Fechter

Fortsetzung >>>

Die wichtigsten Änderungen für Selektivverträge:

- Die Budgetierung bisher extrabudgetärer Leistungen der Regelversorgung gilt nicht automatisch auch für Selektivverträge.
- Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V gilt ausdrücklich auch für die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) und für Verträge zur besonderen Versorgung, zu denen auch die Facharztverträge zählen.
- Ursprünglich sah das GKV-BStabG die Einführung einer Fixkostendegression bei der HZV vor, die allerdings durch den Beschluss der Notfallreform am 15. Oktober 2026 wieder gestrichen wurde.

»Wir haben das Angebot an Informationsveranstaltungen und Vertragsschulungen deutlich ausgeweitet.«

Jasmin Ritter

>>> Haus- und Facharztverträge: Kontinuität trotz Sparkurs

Angebot an Informationsveranstaltungen und Vertragsschulungen deutlich ausgeweitet", berichtet Ritter.

Mit Blick auf das GKV-BStabG rät MEDI seinen Mitgliedern, die Kapazitäten ihrer Praxen sinnvoll an die neuen Vorgaben anzupassen. „An der Kostenstruktur der Praxis lässt sich meist nicht viel drehen, an der Verteilung der Arbeitsleistung aber schon", erklärt Fechter. Er rät Praxen, zunächst ihren Leistungsumfang an die Regelleistungsvolumen anzupassen und die verbleibende Arbeitszeit auf Selektivverträge und Privatleistungen zu verteilen. „Wir geben dazu Hinweise auf formale Anforderungen und Tipps zur individuellen Ausgestaltung – je nach Praxiskonstellation."

Informationen über Selektivverträge auf der Praxis-Homepage und im Sprechzimmer sind zulässig. Für Behandlungsentscheidungen sind allerdings die medizinische Dringlichkeit und der Versorgungsauftrag für gesetzlich Versicherte maßgeblich – Patientinnen und Patienten dürfen also nicht grundsätzlich abgelehnt werden, wenn sie keinem Selektivvertrag beitreten wollen.

„Die Rechtslage ist oft komplex, und nicht jede Praxis nimmt regelmäßig externe Beratung in Anspruch. Unsere Mitglieder wollen sich bei solchen Gelegenheiten vergewissern, dass sie mit ihrer Einschätzung richtigliegen, und wünschen sich auch eine Einordnung der Rechtslage", so Ritter. MEDI will deshalb in den kommenden Wochen das Informations- und Hilfsangebot hierzu weiter ausbauen.

Antje Thiel

KAMMERWAHL-SPEZIAL

ÄRZTEKAMMER-WAHL 2026

Baden-Württemberg

GEMEINSAM STARK MIT MEDI – Alle Fachgruppen. Eine Stimme.

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

jetzt wird gewählt: Die Stimmzettel für die Kammerwahl werden in den kommenden Tagen bei Ihnen eintreffen. Bis einschließlich 27. November müssen Ihre Stimmbriefe beim Bezirkswahlleiter eingegangen sein.

Machen Sie mit: Geben Sie MEDI Ihre Stimme! Wir werden unsere Forderungen und Ideen aktiv in die Kammerarbeit einbringen.

Wir setzen uns für eine fachübergreifende, sektorenverbindende Versorgung ein – und engagieren uns für Lösungen, von denen alle profitieren.

Lesen Sie dazu unser Wahlprogramm in diesem Spezial.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Herzliche Grüße

Ihr
Dr. Norbert Smetak



Foto: Ronny Schönebaum

Dr. Norbert Smetak
Vorsitzender MEDI Baden-Württemberg e. V.

MEDI-Arzt und Landeskammerpräsident Miller: »Selbstverwaltung ist ein Privileg«

Seit 2019 steht Dr. Wolfgang Miller, Orthopäde und Unfallchirurg aus Echterdingen, an der Spitze der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Im Gespräch mit der MEDI Times erklärt er, wie sich die Aufgaben der Kammer gewandelt haben, warum es mehr Verbindlichkeit in der Versorgung braucht – und warum Selbstverwaltung ein Privileg ist.

MEDI Times: Wie erleben Sie aktuell die Stimmung in der Ärzteschaft in Baden-Württemberg?

Miller: Sie ist gemischt. Einerseits die Hoffnung, dass wir unser Gesundheitssystem erhalten können – eines der besten der Welt, das auch Spitzenmedizin unabhängig von Herkunft oder Einkommen solidarisch finanziert. Andererseits sorgen sich viele Kolleginnen und Kollegen um das wirtschaftliche Überleben ihrer Praxen und Kliniken. Dass ein Haus wie das Marienhospital in Stuttgart insolvent gehen kann, hätte ich nie für möglich gehalten. Das Spargesetz dreht an Stellschrauben, um Einnahmen zu erhöhen und Ausgaben zu senken. Es sieht aber keine für alle verbindlichen Strukturen und Behandlungswege vor.

MEDI Times: Verbindlichkeit ist für Sie also der zentrale Hebel?

Miller: Ja. Im aktuellen Gesetzentwurf ist Verbindlichkeit für Patientinnen und Patienten kaum vorgesehen. Man appelliert an ihre Vernunft und versucht, ihnen möglichst komfortable Angebote zu machen. Dennoch können sie mit jedem Anliegen jederzeit irgendwo vorstellig werden, oft ohne jeglichen Befund. Ich werfe das niemandem vor, man nutzt halt, was das System hergibt. Doch wir müssen uns nicht nur um die Patientenversorgung kümmern, sondern auch Krankenhäuser und Praxen wirtschaftlich tragfähig erhalten. Unsere Ressourcen müssen zielgerichtet eingesetzt werden – vom ausführlichen Gespräch in der Arztpraxis bis zur Maximalmedizin in der Kliniknotaufnahme.

MEDI Times: Welche Themen prägen Ihre Arbeit in der Landesärztekammer neben der Tagespolitik?

> »Die ärztliche Weiterbildung bleibt unsere Kernaufgabe.«

Miller: Die ärztliche Weiterbildung bleibt unsere Kernaufgabe. Wir konnten der Politik deutlich machen, dass Assistenzärztinnen und -ärzte keine Hilfskräfte sind, sondern approbierte Ärztinnen und Ärzte mit der Erlaubnis zur verantwortlichen Ausübung der Heilkunde. Ohne sie würde die Versorgung zusammenbrechen. Die Weiterbildung, bei der sie sich spezialisieren, muss auskömmlich finanziert werden und erfordert Kooperationen zwischen Kliniken und Praxen.

MEDI Times: In den vergangenen Jahren sind weitere Themenfelder hinzugekommen.

Miller: Die Kammer ist nicht mehr dieselbe wie vor acht Jahren. Wir beschäftigen uns mit Digitalisierung, Krisenresilienz, Klimaschutz oder Gewalt in Kliniken und Praxen. Die Pandemie hat unsere offenen Flanken gezeigt, der Krieg in der Ukraine ebenso. Wir denken deshalb auch über Versorgung im Bündnisfall nach. Nicht primär über einen direkten Angriff, aber durchaus über die Versorgung von Verletzten oder den Umgang mit schwierigen Situationen wie einem längeren Stromausfall. Wir tauschen uns dafür auch mit Verantwortlichen im militärischen Bereich aus – und diskutieren offen mit Kolleginnen und Kollegen, die dagegen Vorbehalte haben.



Mehr über Dr. Wolfgang Miller in unserem MEDI-Podcast auf: www.medi-verbund.de/kammerwahlen-2026

MEDI Times: Welche Position nimmt die Kammer bei der Digitalisierung ein?

Miller: Wir brauchen als Gesellschaft dringend Auswertungen aus dem Datenschatz, den unsere Kliniken und Praxen erzeugen. Wenn wir uns nicht darum kümmern, tun es andere – da gibt es nicht nur in der Industrie Begehrlichkeiten. Die Krankenkassen wollen die Daten auswerten, um ihre Versicherten gezielt zu beraten. Wir befürchten, dass das zu einem individuellen Benchmarking führt. Wenn Kassen in Diagnostik oder Therapie eingreifen, ist eine Grenze überschritten.

»Wenn Kassen in Diagnostik oder Therapie eingreifen, ist eine Grenze überschritten.«

MEDI Times: Wie groß ist das Problem der Gewalt in Arztpraxen?

Miller: Verbale Gewalt ist häufig, körperliche zum Glück seltener – aber beides hat zugenommen. Die Bindung vieler Menschen an ihre Praxis oder ihr Krankenhaus ist beliebiger geworden. Das senkt die Schwelle zusätzlich. Wir setzen auf Prävention und Schulung. Die Ärztekammer hat ein anonymes Gewaltmeldeportal eingerichtet, bietet aber auch in der konkreten Konfliktsituation Beratung durch Kolleginnen und Kollegen.

MEDI Times: Warum sollte man sich in der Selbstverwaltung engagieren?

Miller: Selbstverwaltung als Körperschaft öffentlichen Rechts ist ein Privileg: In vielen Ländern liegen diese Aufgaben in staatlicher Hand, ohne Gestaltungsspielraum für die Ärzteschaft. Wir haben die Chance, alle wichtigen Fragen demokratisch zu diskutieren und zu entscheiden. Damit können wir selbst Schwerpunkte setzen. Das macht die Arbeit spannend.

Antje Thiel

Sektorenverbindende Gremienarbeit: Gegenseitiges Verständnis statt Grabenkämpfe

Die beiden Professoren Wolfgang Linhart und Burkard Lippert arbeiten am SLK-Klinikum Heilbronn und kandidieren erneut auf der „Liste der ermächtigten Ärzte und Krankenhausärzte". Als MEDI-Mitglieder werben sie für sektorenverbindende Interessenvertretung, verzahnte Weiterbildung und mehr Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.



Prof. Dr. Burkard Lippert engagiert sich für eine engere Zusammenarbeit von Klinik- und Vertragsärztinnen und -ärzten.

> »Wenn Praxen keine zeitnahen Termine haben, verschwindet das Anliegen der Patientinnen und Patienten ja nicht.«
>
> Prof. Dr. Burkard Lippert

Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist für Prof. Dr. Wolfgang Linhart, Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Handchirurgie, und Prof. Dr. Burkard Lippert, Direktor der HNO-Klinik, ein zentrales Problem im Gesundheitswesen. Mit ihrer Kandidatur wollen beide genau an dieser Schnittstelle ansetzen. Ihr Ziel ist eine engere Zusammenarbeit von Klinik- und Vertragsärztinnen und -ärzten – in Versorgung, Weiterbildung und berufspolitischer Vertretung.

„Sektorenverbindende Gremienarbeit war immer unser Anliegen", sagt Lippert, „unabhängig von Spargesetzen oder Reformdebatten." Gerade jetzt werde aber umso deutlicher, dass Klinik und Praxis viele Probleme nur gemeinsam lösen können. Linhart verweist auf Krankenhausreform, GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und geplante integrierte Notfallstrukturen: „Wir haben auf beiden Seiten ein großes Päckchen zu tragen, das können wir nur gemeinsam mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen bewältigen."

Gegenseitiges Verständnis statt Grabenkämpfe

Beide erleben seit Jahren, wie tief die Gräben zwischen den Sektoren noch immer sind. Zu oft werde in Gegensätzen gedacht: hier die Klinik, dort die Niederlassung. Lippert widerspricht dem Eindruck, Krankenhausärzte seien abgesichert, während Niedergelassene allein das Risiko trügen. „Auch die Kliniken stehen unter

Druck – durch Tarifsteigerungen, knappe Ressourcen und eine steigende Zahl von Patientinnen und Patienten." Statt Grabenkämpfen wünscht er sich mehr gegenseitiges Verständnis: „Wir behandeln Menschen, das haben wir gemeinsam", sagt Lippert.

> »Wir haben auf beiden Seiten ein großes Päckchen zu tragen, das können wir nur gemeinsam mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen bewältigen.«
>
> Prof. Wolfgang Linhart



Foto: SLK-Kliniken Heilbronn GmbH

Prof. Wolfgang Linhart möchte mit einer Weiterbildungsinitiative starre Sektorengrenzen überwinden.

Auch beim Thema Weiterbildung möchten die beiden starre Sektorengrenzen überwinden. Linhart hat 2025 die Initiative für einen Weiterbildungsverbund Allgemeinmedizin im Stadt- und Landkreis Heilbronn mit angestoßen. Ziel ist die strukturierte Weiterbildung in Klinik und Praxis: „In der Allgemeinmedizin ist es am dringendsten, Nachwuchs zu generieren – und derzeit am einfachsten, beide Sektoren zu bespielen." Das sei nicht nur für den Nachwuchs, sondern auch für die regionale Versorgung wichtig. Gleichzeitig biete ein Verbund die Chance, früh Einblick in beide Versorgungswelten zu erhalten.

Großer Bedarf an Weiterbildung im Verbund

Bedarf für regionale Verbünde sehen beide auch in der fachärztlichen Weiterbildung. Weil durch die neuen Leistungsgruppen künftig nicht mehr jedes Krankenhaus alle Weiterbildungsinhalte selbst vorhalten kann, werden verlässliche Verbünde umso wichtiger, „allein schon, damit junge Ärztinnen und Ärzte nicht bei jedem Wechsel in eine andere Einrichtung einen neuen Arbeitsvertrag brauchen", betont Linhart. Ohne ausreichende Finanzierung der ambulanten Weiterbildung sei die fachärztliche Verbundweiterbildung aber ungleich schwieriger zu organisieren.

Sorge bereitet beiden auch die aktuelle Gesundheitspolitik. „Wenn Praxen keine zeitnahen Termine haben, verschwindet das Anliegen der Patientinnen und Patienten ja nicht", sagt Lippert. Viele kämen dann in die Kliniken, obwohl auch dort Personal und Kapazitäten knapp sind. Mit Blick auf die Budgetgespräche für 2027 ergänzt Linhart: „Als Krankenhaus schwarze Zahlen zu schreiben, war schon vorher schwierig. Das GKV-Spargesetz verlangt uns noch mehr ab."

Selbstverwaltung lebt vom ehrenamtlichen Engagement

Die Ärztekammer ist für Linhart und Lippert nicht nur Bindeglied der Ärztinnen und Ärzte untereinander, sondern auch zwischen Ärzteschaft und Politik. Sie könne zwar nicht alle Probleme lösen, aber Interessen bündeln und Reformen mitgestalten. „Deshalb möchten wir junge Kolleginnen und Kollegen, die hochmotiviert und kompetent sind, in die Gremien der Selbstverwaltung bringen. Sie lebt ja vom ehrenamtlichen Engagement", betont Lippert.

Auch bei MEDI sehen beide diesen Ansatz verwirklicht. Lippert erklärt: „Das ist die einzige Gruppierung für uns, in der fachärztliche, hausärztliche und Krankenhausinteressen unter einem Dach vereint sind." Für Linhart heißt das vor allem: „Es geht um Patientinnen und Patienten, nicht um berufspolitische Streitereien."

Antje Thiel

»Wir steuern auf einen Kipppunkt zu«

Das GKV-Spargesetz setzt für die Hausärztin und Psychotherapeutin Daniela-Ursula Ibach aus Filderstadt den Rotstift an der falschen Stelle an: bei Prävention, Beratung und ambulanter Versorgung. Die Vizepräsidentin der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg kandidiert 2026 wiederholt für die Landesärztekammer. Sie warnt vor wachsender Wut an der Basis und einer schleichenden Aushöhlung der Freiberuflichkeit.

MEDI Times: Sie kritisieren, dass gesundheitspolitische Entscheidungen oft an der Versorgungsrealität vorbeigehen. Wird in der Gesundheitspolitik derzeit noch gestaltet – oder nur noch gekürzt?

Ibach: Die Vorschläge der Kommission boten eine Chance zu gestalten. Doch die wurde nicht genutzt. Stattdessen hat die Politik im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vor allem Kürzungen beschlossen, die schnell Geld einsparen sollen. Besonders fatal finde ich die Einschnitte bei Prävention und Beratung. Das spart kurzfristig, schadet aber langfristig der Bevölkerungsgesundheit. Genau darin liegt das Problem dieses Gesetzes.

> »Besonders fatal finde ich die Einschnitte bei Prävention und Beratung. Das spart kurzfristig, schadet aber langfristig der Bevölkerungsgesundheit.«

MEDI Times: Was heißt das im Praxisalltag konkret?

Ibach: Zum Beispiel wurde die Beratungsziffer zur Organspende gestrichen. Sie brachte zwar nicht viel Geld, war aber ein Anreiz, das Thema in der Sprechstunde aktiv anzusprechen. Die Streichung wird dazu führen, dass diese wichtigen Gespräche seltener stattfinden. Ziel jeder Gesundheitspolitik sollte die Gesundheitsförderung sein. Wie kann man da vor allem bei Präventionsleistungen sparen?

MEDI Times: Wie erleben Sie die Stimmung in der Ärzteschaft?

Ibach: Unser Vertrauen in die Gesundheitspolitik ist massiv beschädigt. Aus Frustration ist bei vielen blanke Wut geworden. Von älteren Kolleginnen und Kollegen, die eigentlich noch weiterarbeiten wollten, höre ich inzwischen, dass sie ans Aufhören denken. Früher hielt ich solche Aussagen eher für Panikmache. Heute nicht mehr.

MEDI Times: Unterschätzt die Politik die Auswirkungen des Gesetzes?

Ibach: Ja, vor allem in der Psychotherapie. Hier liegt der Engpass nicht beim Erstkontakt, sondern bei den Wartezeiten auf einen langfristigen Therapieplatz. Schwer belastete Patientinnen und Patienten bekommen nicht rechtzeitig Hilfe. Die geplante Kürzung der Honorare für Psychotherapie wurde zwar vorläufig gestoppt.

Doch wenn psychotherapeutische Leistungen budgetiert werden, wäre das der Super-GAU. Dann würden viele nur noch die Mindestzahl an KV-Stunden leisten und darüber hinaus privat abrechnen.

MEDI Times: Hilft es in der Kammerarbeit, dass Sie die hausärztliche und die psychotherapeutische Perspektive kennen?

Ibach: Ja, unbedingt. Etwa ein Drittel meiner Tätigkeit ist psychotherapeutisch, der Rest hausärztlich. Ich sehe die Probleme beider Seiten und habe vielleicht gerade deshalb einen stärkeren Blick dafür, was uns verbindet. Diese integrierende Perspektive ist mir auch in der Kammerarbeit wichtig.

MEDI Times: Wird in Zeiten knapper Kassen der Verteilungskampf zwischen den Fachgruppen nicht eher härter?

Ibach: Das Risiko besteht. Aber ich sehe auch eine Chance. Es gibt heute mehr Gespräche zwischen Klinik und Praxis, zwischen Haus- und Fachärzten, als ich sie früher erlebt habe. Viele spüren: Wir sitzen in einem Boot. Wenn daraus echte Geschlossenheit entsteht, könnte uns das sogar stärker machen. Wir müssen über Sektor- und Fachgrenzen hinweg zusammenstehen, uns gegen mehr Regulierung und Budgetierung wehren und eine vernünftige Patientensteuerung einfordern. Dazu kommt für mich klar die Entbürokratisierung. Die Anfragen der Kassen kosten uns im Alltag enorm viel Zeit.

MEDI Times: Sie warnen vor wachsender Fremdbestimmung. Ist der Kipppunkt erreicht?

Ibach: Noch nicht ganz, aber wir steuern auf einen Kipppunkt zu. Die kommenden Reformen werden zeigen, wie ernst es der Politik mit der ärztlichen Freiberuflichkeit noch ist. Wenn Versorgung immer stärker zentral dirigiert wird, sind wir einem staatlich gelenkten System wie in der DDR mit ihren Polikliniken sehr nahe.



Mehr über Daniela-Ursula Ibach in unserem MEDI-Podcast auf: www.medi-verbund.de/kammerwahlen-2026

MEDI Times: Was muss die Kammer jetzt leisten?

Ibach: Sie muss sichtbarer machen, was sie für Ärztinnen und Ärzte konkret tut: Fort- und Weiterbildung, Beratung, Schlichtung, Berufsrecht. Viele wissen gar nicht, wie viel Unterstützung die Kammer leistet. Zugleich müssen die internen Abläufe moderner und digitaler werden. Ohne Selbstverwaltung verlieren wir jede Gestaltungsmöglichkeit. Wenn wir uns zurückziehen, entscheiden andere über uns hinweg. Das ist für mich keine Option. Gerade jungen Kolleginnen und Kollegen sage ich deshalb: Engagement ist mühsam, ja. Aber Nichtstun ist keine Alternative.

»Engagement ist mühsam, ja. Aber Nichtstun ist keine Alternative.«

Antje Thiel

Vernetzung als Schlüssel für eine erfolgreiche Gesundheitsversorgung

Dr. Susanna Colopi Glage ist Vizepräsidentin der Bezirksärztekammer Nordbaden und Vorsitzende der Ärzteschaft Karlsruhe. Bei der Kammerwahl kandidiert sie erneut. Von der Chirurgin und Allgemeinmedizinerin stammt die Idee für ein Speeddating, um junge und ältere Ärztinnen und Ärzte unkompliziert miteinander ins Gespräch zu bringen.

MEDI Times: Was bringt eine Krankenhaus-Chirurgin aus Pisa dazu, sich als Hausärztin in Karlsruhe niederzulassen?

Colopi Glage: Das war die Liebe zu meinem deutschen Mann. Als ich ihn kennenlernte, war ich in Pisa an der Universitätsklinik tätig. Nach unserer Hochzeit habe ich mich in Deutschland erfolglos an mehreren chirurgischen Kliniken beworben und letztendlich eine Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin gemacht. 1997 folgte die Niederlassung in Karlsruhe, erst in einer Einzelpraxis, inzwischen sind wir zu fünft. Ich vermisse die chirurgische Tätigkeit zwar, finde aber auch die Allgemeinmedizin mit ihrer großen Vielfalt faszinierend. Wie in der Chirurgie muss man auch hier die Grenzen erkennen, ab denen die Patientenversorgung den Austausch mit anderen erfordert.

MEDI Times: Stammt daher Ihr Interesse an sektoren- und fachübergreifender Zusammenarbeit?

Colopi Glage: Genau, tatsächlich ist die intersektorale und sektorenverbindende Vernetzung unterschiedlicher Akteure der größte Erfolg der vergangenen Wahlperiode. Nach meiner Wahl in die Bezirksärztekammer begann die Covid-19-Pandemie. Wir haben die komplette Ärzteschaft mit einer Taskforce lokal koordiniert und uns mit Kliniken, KV, Gesundheitsamt, Palliativmedizin und lokalen Behörden vernetzt. Darauf können wir weiter aufbauen. In unserem Karlsruher Modell kooperieren wir mit Pflegeheimen, Palliativärzten, Rettungsdienst und Heimaufsichten, um Videosprechstunden in Heimen zu unterstützen und damit auch unnötige und von den Patientinnen und Patienten nicht gewünschte Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Das entlastet auch die Notfallambulanzen.

> »Wir müssen den Wunsch nach unterschiedlichen Arbeitsmodellen ernst nehmen und im Dialog bleiben.«

MEDI Times: Welche Rolle spielt die Ärztekammer dabei?

Colopi Glage: Die Ärztekammer war früher ein sehr bürokratischer Apparat, ist in den vergangenen Jahren aber viel politischer geworden. Sie kann einiges bewegen. Wir vernetzen die Ärzteschaft mit Politik und Verwaltung, organisieren Fortbildungen. Wir können zwar nicht

selbst politische Entscheidungen treffen, aber aus der Versorgung berichten und mit unserer Kompetenz und Erfahrung Vorschläge machen. Die Stärke der Ärztekammer ist, dass darin alle vertreten sind: Niedergelassene, Betriebsärztinnen und -ärzte, privatmedizinisch Tätige, Krankenhausärztinnen und -ärzte, Angestellte und Selbstständige genauso wie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Ich sehe meine Aufgabe auch darin, Kontakt aufzunehmen, anderen die Hand zu reichen und gemeinsam anzufangen.

MEDI Times: Was benötigen junge Ärztinnen und Ärzte heute, um sich für einen der vielen möglichen Berufswege zu entscheiden?

Colopi Glage: Wir müssen den Wunsch nach unterschiedlichen Arbeitsmodellen ernst nehmen und im Dialog bleiben. Vielen fehlt der Mut, sich für die Niederlassung zu entscheiden. Die junge Generation erwartet aber auch Informationen und konkrete Ratschläge. Dafür haben wir 2025 in Karlsruhe ein Speeddating mit Praxen und Kliniken organisiert, bei dem ältere und jüngere Kolleginnen und Kollegen direkt ins Gespräch kommen konnten. Dabei ging es um Anstellung, Niederlassung, Praxisübernahme und Weiterbildung. Das kam bei allen Beteiligten hervorragend an. In diesem Jahr wollen wir das Speeddating von der Allgemeinmedizin auch auf die Fachärzteschaft ausweiten. Ich bin in Karlsruhe dafür bekannt, dass ich gerne Ärzte und weitere Akteure im Gesundheitswesen zusammenbringe.



Dr. Susanna Colopi Glage bringt Kolleginnen und Kollegen zusammen und spannt sektorenübergreifende Netzwerke.

MEDI Times: Was wollen Sie in der nächsten Wahlperiode voranbringen?

Colopi Glage: Auf politischer Ebene geht es für mich hauptsächlich darum, unseren Beruf und die ärztliche Freiberuflichkeit zu schützen. In Politik und Verwaltung sind die Belastungen, denen Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung ausgesetzt sind, immer noch nicht ausreichend bekannt. Darüber müssen wir weiter aufklären und unsere Stimme, auch lokal, stärker erheben! Ich möchte mich weiter um die berufliche Integration unserer Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland kümmern und die Rolle von Medizinischen Fachangestellten stärken. Die Ärztekammer muss auch bei Themen wie Einsamkeit und Isolation, Katastrophenschutz und Umgang mit dem Klimawandel ihr Engagement intensivieren, dafür setze ich mich ein.

»Auf politischer Ebene geht es für mich hauptsächlich darum, unseren Beruf und die ärztliche Freiberuflichkeit zu schützen.«

Antje Thiel

Am Versorgungsbedarf orientieren – nicht am Eingangsstempel



Foto: Ronny Schönebaum

Dr. Bernhard Schönemann will sich in der Kammer für die ambulante, ländliche Versorgung starkmachen.

Dr. Bernhard Schönemann kandidiert erneut für die Bezirksärztekammer Südbaden. Er gehört zum Geschäftsführenden MEDI-Vorstand, ist niedergelassener Chirurg und will die ambulante Ärzteschaft, insbesondere die ländlichen Regionen, ins Blickfeld rücken. Bei der Weiterbildung fordert er, den regionalen Versorgungsbedarf stärker zu berücksichtigen.

MEDI Times: Sie kandidieren zum dritten Mal. Was motiviert Sie?

Schönemann: Gerade die Interessen der Kolleginnen und Kollegen auf dem Land müssen in den Gremien besser zur Geltung kommen. Bislang ist in unserem Bezirk vor allem das universitär geprägte Freiburg vertreten. Ich möchte den Landkreis Rottweil stärken.

MEDI Times: Welche Veränderungen wünschen Sie sich?

Schönemann: Viele Ärztinnen und Ärzte fühlen sich von der Politik nicht ausreichend wertgeschätzt. Wir müssen geschlossen auftreten und über fachliche Interessenvertretungen hinausdenken: Wie behaupten wir uns gegenüber der Politik? Wie organisieren wir die Kooperation mit den Kliniken? Ein stärkerer Einfluss von MEDI wäre hilfreich, damit die Interessen der Niedergelassenen in der Ärztekammer mehr Gewicht bekommen.

MEDI Times: Ein zentrales Thema ist für Sie die Weiterbildung.

Schönemann: In unserem HNO-MVZ erlebe ich selbst, wie lange Ärztinnen und Ärzte auf Anerkennung oder Approbation warten. Anträge werden nach Eingangsstempel bearbeitet. Doch wo Regionen unterversorgt sind, sollte man dringliche Fälle vorziehen und den Versorgungsbedarf berücksichtigen.

MEDI Times: In welchen Punkten fordern Sie ebenfalls eine regionale Priorisierung?

Schönemann: Die Bezirksärztekammer führt vor Ort Weiterbildungsgespräche: Eine Kommission besucht die Einrichtung und spricht mit Weiterbildungsbefugten und Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Praxen in unterversorgten ländlichen Regionen sollten vorrangig berücksichtigt werden. Wir haben Landarztquoten – warum nicht auch eine regionale Quote bei der Weiterbildung?

MEDI Times: Warum engagieren Sie sich trotz des hohen Aufwands?

Schönemann: Man kann nur etwas bewegen, wenn man dranbleibt und seine Position immer wieder einbringt. Wenn die Stimme der ländlichen Regionen gehört werden soll, müssen wir uns in die Gremien einbringen.

Antje Thiel

Reformen statt Rotstift

Reine Sparpolitik wird das GKV-System nicht stabilisieren, sondern schwächen. Davon ist der Ravensburger Gynäkologe und Geschäftsführende MEDI-Vorstand Dr. Bernd Prieshof überzeugt. Er kandidiert erneut für die Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Südwürttemberg und wirbt für neue Versorgungsstrukturen statt pauschaler Kürzungen.



Foto: Ronny Schönebaum

Dr. Bernd Prieshof will Versorgungssicherheit, Freiberuflichkeit und den verantwortungsvollen Umgang mit Ressourcen stärker in den Mittelpunkt rücken.

MEDI Times: Was läuft gesundheitspolitisch derzeit in die falsche Richtung?

Prieshof: Ich verstehe den Spardruck der Politik, schließlich laufen viele Kosten aus dem Ruder. An manchen Fehlentwicklungen sind auch wir Ärztinnen und Ärzte beteiligt. Wir brauchen Reformen, bessere Patientensteuerung und einen sinnvolleren Einsatz der vorhandenen Ressourcen. Unser öffentlicher Auftrag ist es, durch gesicherte Versorgungsstrukturen zum sozialen Frieden beizutragen. Entscheidend ist die Versorgungslogik, nicht die Finanzierungslogik.

MEDI Times: Was bedeutet das konkret, etwa in der Gynäkologie?

Prieshof: Es ist ein falsches Signal, ausgerechnet Präventionsleistungen wie Schwangerschaftsvorsorge oder Krebsfrüherkennung zu budgetieren. Das verschlechtert die Versorgung und führt in die Zwei-Klassen-Medizin. Gleichzeitig sollten wir offen darüber sprechen, ob etwa in der Schwangerenbetreuung sämtliche Leistungen in ärztlicher Hand bleiben müssen oder qualifizierte Fachkräfte mehr übernehmen können.

MEDI Times: Welches Potenzial sehen Sie bei neuen Versorgungsstrukturen?

Prieshof: Baden-Württemberg ist bei den Selektivverträgen schon sehr weit. Verbesserungspotenzial sehe ich vor allem bundesweit. Unsere Evaluation hat gezeigt, dass die strukturierte Versorgung in den Haus- und Facharztverträgen Geld spart und die Versorgung verbessert. Es ist mir unverständlich, warum das im Bund bislang auf taube Ohren stößt.

MEDI Times: Welche Rolle kommt der Ärztekammer dabei zu?

Prieshof: Die Kammer ist keine Lobbyorganisation, kann aber wichtige Rahmenbedingungen mitgestalten – bei Weiterbildung, Berufsordnung und GOÄ. Wichtig ist, dass sie die Lebensrealität junger Ärztinnen und Ärzte stärker abbildet, etwa durch flexiblere Weiterbildungswege.

MEDI Times: Woran wollen Sie sich messen lassen?

Prieshof: Daran, ob Versorgungssicherheit, Freiberuflichkeit und der verantwortungsvolle Umgang mit Ressourcen stärker in den Mittelpunkt rücken – und ob sich wieder mehr Niedergelassene in der Kammer engagieren.

Antje Thiel



ALLE INFOS ZUR KAMMER-WAHL:

GEMEINSAME ZUKUNFT. ÄRZTEKAMMER-WAHL 2026.

Ärztekammerwahl 2026

GEMEINSAM STARK MIT MEDI

MEDI steht für eine fachübergreifende, sektorenverbindende Versorgung. Wir verhindern, dass Politik und Kassen Fachgruppen spalten – und engagieren uns für Lösungen, von denen alle profitieren.

Mit starken Netzwerken in Landes- und Bundespolitik, wichtigen Positionen in der Selbstverwaltung sowie engen Allianzen setzen wir unsere Forderungen konsequent durch. Denn gute Medizin gelingt nur gemeinsam: in Praxis und Klinik, selbstständig und angestellt, fachübergreifend und über Sektorengrenzen hinweg.

Dafür braucht es eine starke Stimme in der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Dafür steht MEDI!

Foto: WavebreakmediaMicro / stock.adobe.com

UNSER WAHLPROGRAMM:

1. Haus- und Facharztverträge – die Blaupause aus Baden-Württemberg

Baden-Württemberg zeigt, wie moderne Versorgung funktioniert: Unsere bewährten Haus- und Facharztverträge sind ein Erfolgsmodell und Vorbild für ganz Deutschland. Studien bestätigen: Den größten Nutzen bringt die echte Verzahnung von Haus- und Facharztverträgen – so, wie MEDI sie lebt. Deshalb wollen wir die Verträge für alle Fachgruppen sichern, weiter ausbauen und die ambulante Versorgung zukunftssicher machen.

Unser Ziel: moderne Versorgung plus Entbudgetierung aller Fachgruppen als finanzielles Backup – gerade in Zeiten radikaler Sparmaßnahmen.

2. Digitalisierung & KI – mehr Zeit für Medizin

Digitalisierung muss Praxen entlasten – nicht zusätzlich belasten. Viele gesetzlich verordnete IT-Lösungen sind unausgereift, bürokratisch und unsicher. MEDI hat diese Entwicklung von Anfang an kritisch begleitet – auch juristisch. Wir wollen mit der Politik praxistaugliche, sichere und effiziente IT- und KI-Lösungen entwickeln. KI kann Bürokratie reduzieren, digitale Ersteinschätzungen unterstützen und die Patientensteuerung verbessern.

Unser Ziel: weniger Bürokratie, mehr Zeit für Medizin – mit sicheren digitalen Lösungen, die in der Praxis wirklich funktionieren.

3. Neue GOÄ – fair, modern und zukunftssicher

Nach 30 Jahren ist eine neue GOÄ längst überfällig. Doch der aktuelle Entwurf ist nicht gerecht, wenn einzelne Fachgruppen profitieren und andere verlieren. MEDI fordert deshalb eine GOÄ, durch die die niedergelassene Ärzteschaft gestärkt statt gespalten wird – mit fairer Bewertung aller Fachgruppen und dynamischen Anpassungen an Inflation sowie steigende Praxis- und Personalkosten.

Unser Ziel: eine faire, moderne und dauerhaft auskömmliche GOÄ für alle Fachgruppen.

4. Weiterbildung & Fortbildung – Nachwuchs sichern, Qualität stärken

Die Versorgung wird zunehmend ambulant – deshalb muss auch Weiterbildung dort möglich und ausreichend finanziert sein. MEDI fordert eine verlässliche, externe Finanzierung für die Weiterbildung in Praxis und Klinik, zum Beispiel über einen gemeinsamen Fonds aus Beitrags- und Steuermitteln. Auch die rechtlichen Hürden bei Verbundweiterbildungen müssen endlich beseitigt werden. Gleichzeitig brauchen Ärztinnen und Ärzte praxisnahe und hochwertige Fortbildungen.

Unser Ziel: beste Weiterbildung, starke Nachwuchsförderung und dauerhaft hohe Versorgungsqualität.

5. Bürokratie & Regresse – weniger ist mehr

Ärztinnen und Ärzte gehören in die Versorgung – nicht an den Schreibtisch. Rund 30 Prozent ihrer Arbeitszeit fließen inzwischen in administrative Aufgaben. Diese Bürokratie muss endlich konsequent abgebaut werden. MEDI fordert mehr Vertrauen und Eigenverantwortung statt Kontrolle sowie eine angemessene Regressgrenze und das Ende der Einzelfallprüfungen. Denn der Aufwand für Regresse ist häufig höher als der tatsächliche Nutzen.

Unser Ziel: weniger Bürokratie, weniger Regresse und mehr Zeit für unsere Patientinnen und Patienten.

6. MVZ – unter ärztlicher Leitung

Mit eigenen, ärztlich geführten MVZ stärkt MEDI seit 2019 die ambulante Versorgung in Baden-Württemberg. Unsere MVZ schließen Versorgungslücken und bieten moderne Arbeitsmodelle, die Beruf, Familie und individuelle Lebensentwürfe besser vereinbar machen. Gleichzeitig eröffnen wir angestellten Ärztinnen und Ärzten Perspektiven für mehr Verantwortung bis hin zur selbstständigen Führung eines MVZ. Wir fordern eine scharfe politische Regulierung, um den Einfluss von Finanzinvestoren auf dem ambulanten Gesundheitssektor zu stoppen.

Unser Ziel: ärztlich geführte MVZ und eine starke ambulante Versorgung – gerade im ländlichen Raum.

GEMEINSAM VERSORGUNG GESTALTEN.

GEMEINSAME ZUKUNFT

Gemeinsam Verantwortung übernehmen.

JETZT MEDI WÄHLEN:
Alle Fachgruppen. Eine Stimme.

Mit dem Start der Ärztekammerwahl 2026 stellt die Ärzteschaft in Baden-Württemberg die Weichen für die gesundheitspolitische Arbeit der kommenden Jahre. Rund 300 Kandidierende stehen für MEDI in den Startlöchern. Ihr gemeinsames Ziel: eine fachübergreifende und sektorenverbindende Versorgung. Gemeinsam verhindern wir, dass Politik und Krankenkassen unsere Fachgruppen spalten – und kämpfen für Lösungen, von denen alle profitieren. Darin sind wir Profis!



Dr. Norbert Smetak
MEDI-Vorsitzender



Dr. Michael Eckstein
stv. MEDI-Vorsitzender



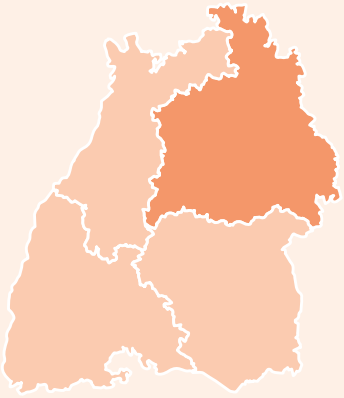
Dr. Bernhard Schuknecht
stv. MEDI-Vorsitzender



Dr. Michael Ruland
stv. MEDI-Vorsitzender

Fotos: Ronny Schönebaum

Unsere Listenverantwortlichen:



NORDWÜRTTEMBERG:
Bezirkslistenführer: Dr. Wolfgang Miller



Unser Spitzenkandidat
Dr. Wolfgang Miller

FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Kreis Esslingen
Foto: Ronny Schönebaum



Daniela-Ursula Ibach

FÄ Allgemeinmedizin
Kreis Esslingen
Foto: privat



Sebastian Gerstenkorn

FA Allgemeinmedizin
Kreis Tauberbischofs-
heim-Wertheim
Foto: Sabine Grothues



Dr. Marion Kühnle

FÄ Chirurgie und
Unfallchirurgie
Kreis Schwäbisch-Hall
Foto: Fotostudio Prill



Dr. Karsten Braun

FA Orthopädie und
Unfallchirurgie
Kreis Stuttgart
Foto: Ronny Schönebaum



Iris Lasser

FÄ Orthopädie
und Unfallchirurgie
Kreis Göppingen
Foto: Ronny Schönebaum



Dr. Friedrich Mögle

FA Neurologie
Kreis Ludwigsburg



Dr. Anne Gräfin Vitzthum von Eckstädt

FÄ Allgemeinmedizin
Kreis Rems-Murr-Süd
Foto: Ronny Schönebaum



Dr. Timo Hurst

FA Psychiatrie
und Psychotherapie
Kreis Leonberg
Foto: privat



Dr. Christian Renner

FA Urologie
Kreis Künzelsau
Foto: privat



Dr. Markus Klett

FA Allgemeinmedizin
Kreis Stuttgart
Foto: Ronny Schönebaum



Dr. Michael Hofbauer

FA Radiologie
Kreis Böblingen
Foto: Foto Kurz Böblingen

Dr. Götz Kilburger

FA Chirurgie
Kreis Heidenheim



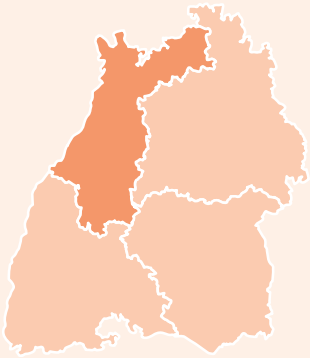
Dr. Cathérine Hetzer-Baumann

FÄ Allgemeinmedizin
Kreis Nürtingen
Foto: Ronny Schönebaum

Fortsetzung >>>

NORDBADEN:

Bezirkslistenführerin: Dr./Univ. Pisa Susanna Colopi-Glage





Dr./Univ. Pisa Susanna Colopi-Glage

FÄ Allgemeinmedizin
Kreis Karlsruhe
Foto: Aristide Mazzarella Nardò Italy



Dr. Christiane von Holst

FÄ Gynäkologie
Kreis Heidelberg
Foto: Ronny Schönebaum



Dr. Johannes Flechtenmacher

FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Kreis Karlsruhe
Foto: privat



Dr. Manuel Braun

FA Augenheilkunde
Kreis Calw
Foto: Fotostudio Gulyas



Dr. Benjamin Khan Durani

FA Dermatologie
Kreis Heidelberg
Foto: Ronny Schönebaum



Dr. Friederike Freiburg

FÄ Allgemeinmedizin
Kreis Mannheim
Foto: Jennifer Rauer Fotografie

Dr. Arthur Gamper

FA Urologie
Kreis Pforzheim/ Enzkreis



Martin Holzapfel

FA Allgemeinmedizin
Kreis Rastatt
Foto: Ronny Schönebaum



Dr. Axel Weusten

FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Kreis Baden-Baden
Foto: privat

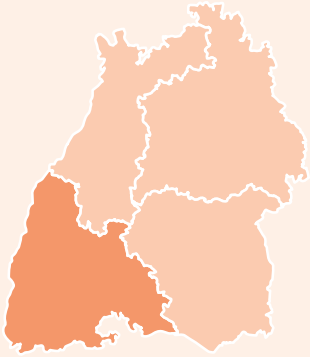


Carola Penkwitt

FÄ Allgemeinmedizin
Kreis Neckar-Odenwald
Foto: privat

SÜDBADEN:

Bezirkslistenführer: Dr. Bernhard Schönemann





Dr. Bernhard Schönemann

FA Chirurgie und Unfallchirurgie
Kreis Rottweil
Foto: Ronny Schönebaum

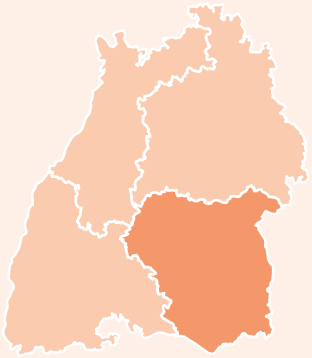


Prof. Dr. Bernd Hohenstein

FA Innere Medizin und Nephrologie
Kreis Schwarzwald-Baar
Foto: DN e. V.

SÜDWÜRTTEMBERG

Bezirkslistenführerin: Dr. Gabriele Wallwiener





Dr. Gabriele Wallwiener
FÄ Dermatologie
Kreis Tübingen
Foto: privat



Dr. Anton Radlmayr
FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Kreis Ulm
Foto: Ronny Schönebaum



Dr. Bernd Prieshof
FA Gynäkologie
Kreis Ravensburg
Foto: Ronny Schönebaum



Dr. Ullrich Mohr
FA Allgemeinmedizin
Kreis Zollernalb
Foto: BÄK-SW



Dr. Ulrich Meistermann
FA Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Kreis Bodensee
Foto: Susanne Pokrop

ERMÄCHTIGTE ÄRZTE UND KRANKENHAUSÄRZTE:



Prof. Dr. Wolfgang Linhart
FA Orthopädie und Unfallchirurgie
Kreis Heilbronn
Foto: SLK-Kliniken Heilbronn GmbH



Prof. Dr. Burkard Lippert
FA Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Kreis Heilbronn
Foto: privat

»Setzen auch Sie sich für eine starke fachübergreifende und sektorenverbindende Versorgung ein und geben Sie MEDI Ihre Stimme!«

Dr. Norbert Smetak
MEDI-Vorsitzender

ALLE INFOS ZUR KAMMERWAHL:

* Aktueller Stand zum Redaktionsschluss. Änderungen sind vorbehalten.

ÄRZTEKAMMER-WAHL 2026:

Ihre Stimme für unsere gemeinsame Zukunft!



Foto: Zerbor / stock.adobe.com

Jede Stimme zählt – für eine starke Vertretung in der ärztlichen Selbstverwaltung.

In unserem Kammerwahl-Spezial der MEDI Times konnten wir Ihnen bereits zahlreiche Köpfe und Positionen näherbringen. Jetzt zählt Ihre direkte Unterstützung: Nutzen Sie Ihr Stimmrecht bei der anstehenden Ärztekammerwahl 2026 in Baden-Württemberg! Nur mit einer starken Vertretung können wir die gesundheits- und berufspolitischen Anliegen der Ärzteschaft wirkungsvoll vor Ort und auf Landesebene vertreten.

Wer ist wahlberechtigt und was wird gewählt?

Wahlberechtigt sind alle Ärztinnen und Ärzte, die im jeweiligen Wählerverzeichnis der vier Bezirksärztekammern (Nordwürttemberg, Nordbaden, Südbaden und Südwürttemberg) eingetragen sind.

Per Briefwahl bestimmen Sie die Delegierten für die Vertreterversammlungen der Bezirksärztekammern. Die gewählten Delegierten vertreten Ihre Interessen für eine vierjährige Wahlperiode. Sie entscheiden maßgeblich über berufsständische und standespolitische Weichenstellungen mit.

Wichtige Termine im Überblick

- **Versand der Stimmzettel:** Bis spätestens 12. November 2026 (die Unterlagen erreichen Sie in Kürze per Post)
- **Eingang der Stimmbriefe:** Bis spätestens 27. November 2026, 24:00 Uhr, beim zuständigen Bezirkswahlleiter
- **Auszählung & Ergebnis:** Im Dezember 2026 (Bekanntgabe im Ärzteblatt BW)
- **Konstituierende Bezirksvertreterversammlungen mit Wahl zur LandesVV und zum Deutschen Ärztetag:** 20. Februar 2027
- **Konstituierende Vertreterversammlung der Landesärztekammer:** 13. März 2027

So machen Sie von Ihrem Wahlrecht Gebrauch

Die Wahl findet als reine Briefwahl statt. Achten Sie darauf, Ihre Wahlunterlagen nach Erhalt zeitnah auszufüllen und fristgerecht abzusenden. Jede abgegebene Stimme verleiht unserer ärztlichen Selbstverwaltung das notwendige Gewicht gegenüber Politik und Kassen. Machen Sie von Ihrem Recht Gebrauch und stärken Sie unsere gemeinsame Stimme! Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ärztekammer wahl November 2026

www.aerztekammer-bw.de/wahl

PVS garrio: »Mehr Zeit für Patientinnen und Patienten«

Mit garrio bringt MEDI ein eigenes, modular aufgebautes und webbasiertes Praxisverwaltungssystem (PVS) auf den Markt. Nach einem Jahr Praxistest soll es ab dem vierten Quartal schrittweise für weitere Praxen geöffnet werden. Geschäftsführer Brwa Rasul setzt vor allem auf Stabilität, Benutzerfreundlichkeit und die enge Anbindung an die Versorgung.

2027
wird garrio für alle interessierten Praxen geöffnet.



Foto: MEDI / Eleita Tzegai

Für garrio-Chef und IT-Experte Brwa Rasul muss das neue PVS die Praxen vor allem spürbar entlasten.

Langsame Systeme, häufige Ausfälle, komplizierte Bedienung, schwer erreichbarer Support und intransparente, teure Verträge gehören zu den häufigsten IT-Ärgernissen in Praxen. Das zeigt auch eine noch laufende Befragung von Praxisinhaberinnen und -inhabern. „Bei rund einem Fünftel der Praxen gibt es täglich IT-Probleme, die zusätzlich zur Patientenversorgung bewältigt werden müssen. Die Hälfte hat mindestens einmal pro Woche damit zu kämpfen“, berichtet Brwa Rasul. Seit November 2025 ist er Produktchef und Geschäftsführer der garrio GmbH, zuvor war er Produktmanager und Berater des garrio-Entwicklungsteams.

»Bürokratie können wir nicht abschaffen. Aber wir können helfen, dass Praxisteams weniger Zeit mit unnötigen Klicks, Systemwechseln und aufwendigen Abläufen verlieren.«

Brwa Rasul

Er verantwortet die gesamte IT-Produktfamilie und entwickelt sie zu einem integrierten, abgestimmten Ökosystem weiter. Seine persönliche Motivation: „Bürokratie können wir nicht abschaffen. Aber wir können helfen, dass Praxisteams weniger Zeit mit unnötigen Klicks, Systemwechseln und aufwendigen Abläufen verlieren. So bleibt mehr Zeit für Patientinnen und Patienten.“



Aktuell noch in der Testphase: Das PVS garrioPRO ist bald für interessierte Praxen verfügbar.

Anders als etablierte Praxisverwaltungssysteme (PVS), deren Architektur im Kern noch aus den 1990er-Jahren stammt und Stück für Stück durch zugekaufte Module erweitert wurden, hat das Team garrio von Grund auf neu konzipiert. Das System wird webbasiert genutzt und zentral betrieben. Sämtliche Dienste laufen für das Praxisteam auf einer gemeinsamen, intuitiv bedienbaren Oberfläche zusammen.

Test unter Realbedingungen

Ob ein neues System funktioniert, zeigt sich aber erst unter realen Alltagsbedingungen. Deshalb läuft garrio bereits seit Sommer 2025 in einer Praxis, dem neuen MEDI-MVZ Ditzingen. Hierfür wurden drei Praxen mit jeweils unterschiedlichen Systemen zusammengeführt. Inzwischen arbeitet das Team – sieben Ärztinnen und Ärzte sowie eine zweistellige Zahl von Praxisangestellten – durchgängig mit der garrio-Produktwelt. Auch die Datenmigration, erfahrungsgemäß die größte Sorge beim Systemwechsel, ist in Ditzingen gelungen. „Das war von Anfang an Champions League: Eine Einzelpraxis wäre als Pilotpraxis natürlich einfacher gewesen", stellt Rasul mit einem Augenzwinkern fest.

„Wir haben viele Meilensteine erreicht. Es geht ja nicht nur um Programmierung und Zusammenführung der einzelnen Module. Wir müssen auch Server, Performance, Skalierbarkeit, Verfügbarkeit und Auslastung kontinuierlich prüfen", berichtet der IT-Experte. Nun ist sein Team bereit, den Kundenkreis zu erweitern: „Wir wollen ein System anbieten, auf das sich Praxen verlassen können. Deshalb prüfen wir neben der Infrastruktur auch unsere Prozesse kontinuierlich und erweitern den Kundenkreis bewusst schrittweise."

Im vierten Quartal 2026 will garrio zunächst eine begrenzte Anzahl an weitere Praxen aufnehmen. „Wir könnten das, was wir aufgebaut haben, sofort ausrollen", sagt Rasul. Trotzdem sei organisches Wachstum sinnvoller, damit Performance und Support auch bei wachsenden Nutzerzahlen funktionieren. In 2027 wird garrio grundsätzlich für alle interessierten Praxen geöffnet.

Alle Anwendungen aus einer Hand

Der Vorteil liegt für Rasul gerade im reibungslosen Zusammenspiel der vier garrio-Module (siehe Kasten). „Die aktuellen Marktführer verwenden für bestimmte Bereiche Drittsysteme. Das führt schnell zu Systembrüchen und Schnittstellenproblemen." Bei garrio dagegen kommen alle Anwendungen aus einer Hand.

Bei der Entwicklung hat man unterschiedliche Arbeitsweisen berücksichtigt. Wer am liebsten mit der Maus navigiert, findet sich ebenso schnell zurecht wie „Tastaturfreunde", die Shortcuts und Befehlszeilen bevorzugen. „Alles ist an der Oberfläche rasch zu finden. Wichtiges muss sofort erfassbar sein, Nachrangiges mit einem Klick erreichbar", beschreibt Rasul das Konzept, das auch individuelle Einstellungen und eine lückenlose Revisionssicherheit umfasst.

Als zentral betriebenes System erledigt garrio Updates im Hintergrund. Praxisteams müssen also keine Server warten oder Quartals-Updates auf

Fortsetzung >>>

»Die Rückmeldungen aus den Praxen sind unser Maßstab. Nur wenn eine Funktion den Alltag tatsächlich erleichtert, hat sie ihren Platz in garrio.«

Brwa Rasul

>>> PVS garrio: »Mehr Zeit für Patientinnen und Patienten«

jedem Rechner installieren. Dank der Cloud-Infrastruktur ist der Zugriff auf das System auch bei einem Hausbesuch oder aus dem Homeoffice möglich.

KI als Assistenz für den Praxisalltag

Künstliche Intelligenz (KI) sieht Rasul als Chance für die Praxen: „Eine Praxissoftware punktet mit ihren Grundfunktionen. Darauf aufbauend kann KI aber einen großen Mehrwert schaffen." Bei garrio ist ein KI-gestützter Chatbot bereits integriert. Er kann Praxisteams helfen, Anliegen schnell und möglichst unkompliziert auch außerhalb der Supportzeiten zu klären.

Außerdem arbeitet garrio an einem KI-gestützten Sprechstundenassistenten. Wird er aktiviert, transkribiert er das Arzt-Patienten-Gespräch und erstellt daraus strukturierte Vorschläge für Anamnese, Befund, Diagnose und Therapie. Die Vorschläge werden im garrio-PVS zur Prüfung bereitgestellt und können mit einem Klick in die Dokumentation übernommen werden. „Die KI ersetzt keine ärztliche Entscheidung, sondern entlastet das Praxisteam. Verantwortung und Kontrolle bleiben in ärztlicher Hand", betont Rasul.

Am Ende kommt es für Rasul auf ein einfaches Kriterium an: „Das Praxisteam kann arbeiten, findet die notwendigen Informationen und fühlt sich vom System nicht ausgebremst." Die Nähe zum Praxisalltag und entsprechende Verbesserungsschleifen will er auch im weiteren Entwicklungsprozess beibehalten: „Die Rückmeldungen aus den Praxen sind unser Maßstab. Nur wenn eine Funktion den Alltag tatsächlich erleichtert, hat sie ihren Platz in garrio."

Antje Thiel

Die garrio-Produktfamilie im Überblick

1. garrioPRO: webbasiertes, zertifiziertes Praxisverwaltungssystem (PVS), das unter anderem Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) und Facharztverträge umfasst.

2. garrioCOM: Messenger für die digitale Kommunikation zwischen Praxisteam und Patientinnen und Patienten, inklusive Videosprechstunde, digitaler Anforderung von Rezepten, AU-Bescheinigungen, Überweisungen, Bilder, Befunde, Formulare oder Fragebögen

3. garrioCAL: Online-Terminmanagementsystem zur Entlastung der Telefonie in der Praxis.

4. garrioORG: Tool für die interne Praxisorganisation, einschließlich Zeiterfassung und Qualitätsmanagement.

→ www.garrio.de



MEDI berät und unterstützt bei der persönlichen Vorsorge- und Absicherungsstrategie.

Altersvorsorge: Neue gesetzliche Chancen mit hohen Fördermöglichkeiten

Ab 1. Januar 2027 eröffnet die Reform der privaten Altersvorsorge auch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten neue Möglichkeiten, staatlich gefördert für das Alter vorzusorgen. Damit können sie ihre bestehende Altersvorsorge ergänzen.

Etwa 1.100 EURO kann die Entlastung bei einem Grenzsteuersatz von 47 % betragen.

Mit der Reform der privaten Altersvorsorge wird die staatliche Förderung neu ausgerichtet. Neu ist, dass künftig auch Selbstständige Zugang zu den neuen staatlich geförderten kapitalmarktorientierten Vorsorgemöglichkeiten erhalten können. Damit entstehen zusätzliche Optionen, die bestehende Altersvorsorge sinnvoll zu ergänzen.

Für Mitglieder eines ärztlichen Versorgungswerks ist das besonders interessant. Das Versorgungswerk bleibt das Fundament der Altersversorgung. Gleichzeitig lohnt sich die Prüfung, wie sich die neuen Fördermöglichkeiten mit bestehenden Bausteinen – etwa der Basisrente – sinnvoll verbinden lassen.

Die Förderung kann wie folgt ausfallen:

- **maximal geförderter Eigenbeitrag:** 1.800 Euro jährlich
- **maximale staatliche Zulage:** 540 Euro jährlich
- **Gesamtanlagebetrag:** bis zu 2.340 Euro jährlich

Zusätzlich wird geprüft, ob sich über den individuellen Steuervorteil eine noch höhere Förderung ergibt. Bei einem Grenzsteuersatz von rund 47 Prozent kann die Entlastung beispielsweise insgesamt etwa 1.100 Euro betragen – bestehend aus 540 Euro Zulage und rund 560 Euro zusätzlicher Steuererstattung. Damit entsteht für die Ärzteschaft eine neue Möglichkeit, die bestehende Altersvorsorge

steuerlich gefördert und mit kostengünstigen, kapitalmarktnahen Produkten zu ergänzen.

„Im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion stehen häufig Arbeitnehmer. Weniger bekannt ist, dass die Reform auch selbstständigen Ärztinnen und Ärzten neue Möglichkeiten eröffnet. Wer Mitglied eines ärztlichen Versorgungswerks ist, sollte deshalb jetzt prüfen, wie sie sich sinnvoll in die eigene Vorsorgestrategie einordnen lassen“, empfiehlt Dipl.-Ing. Wolfgang Schweikert von der MEDI GENO Assekuranz.

»Weniger bekannt ist, dass die Reform auch selbstständigen Ärztinnen und Ärzten neue Möglichkeiten eröffnet.«

Dr. Dipl.-Ing. Wolfgang Schweikert

Was ist zu beachten?

- Das ärztliche Versorgungswerk bleibt das Fundament der Altersversorgung.
- Neue staatliche Fördermöglichkeiten erweitern die Optionen für Selbstständige.
- Die Basisrente bleibt ein wichtiger steuerlicher Vorsorgebaustein.
- Entscheidend ist die individuelle Gesamtstrategie.

Mit dem neuen GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz steigen die finanziellen Belastungen für viele freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige. Durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sowie höhere Beiträge in der Kranken- und Pflegeversicherung kann die monatliche Gesamtbelastung ab 2027 auf deutlich über 1.300 Euro steigen.

„Viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben sich bewusst für die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung entschieden. Die entscheidende Frage ist nicht, ob diese Entscheidung damals richtig war, sondern ob sie unter den neuen gesetzlichen und persönlichen Rahmenbedingungen weiterhin optimal passt“, betont Schweikert.

Vorsorge- und Absicherungsstrategie überprüfen

Neue gesetzliche Rahmenbedingungen machen bisherige Entscheidungen nicht falsch. Sie sind jedoch ein guter Anlass, die persönliche Vorsorge- und Absicherungsstrategie regelmäßig zu überprüfen.

Die MEDI GENO Assekuranz GmbH unterstützt MEDI-Mitglieder dabei, das Zusammenspiel von Versorgungswerk, ergänzender Altersvorsorge und Krankenversicherung ganzheitlich zu analysieren und unter den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen einzuordnen.

„Mein Ziel ist es, unseren Mitgliedern eine fundierte Entscheidungsgrundlage zu geben. Manchmal bestätigt die Analyse den bisherigen Weg, manchmal eröffnet sie neue Möglichkeiten – beides schafft Sicherheit und gibt Orientierung“, so Schweikert.

red

Versicherungsexpertise für MEDI-Mitglieder

Die MEDI GENO Assekuranz GmbH ist eine direkte MEDI-Tochtergesellschaft. Der Versicherungsexperte Wolfgang Schweikert betreut den Bestand und vertritt dabei die Interessen der MEDI-Mitglieder. Das Angebot umfasst Altersversorgungskonzepte, Berufshaftpflicht- und Praxisversicherung, Berufsunfähigkeits- und Krankenversicherung sowie Cyberversicherung – mit Sonderkonditionen für Mitglieder.

→ www.medigeno-assekuranz.de

MFA-Akademie: Mehr aus der EFA® machen

Eine Weiterbildung zur Entlastungsassistentin Facharztpraxis (EFA®) eröffnet neue Möglichkeiten – für die Medizinische Fachangestellte (MFA), aber auch für das gesamte Praxisteam. Doch nicht überall werden diese Chancen auch genutzt. Mit einer neuen Rubrik in der MEDI Times will die MFA-Akademie regelmäßig zeigen, wie Praxen von diesem Potenzial profitieren können.



Isabelle Gaßner, Iris Bernkopf und Stefanie Teifel (v. li.) engagieren sich in der MFA-Akademie für die Weiterbildung und Entwicklungsmöglichkeiten der EFA®.

Die MFA-Akademie wurde 2015 auf Initiative von Ekkehard Rübsam-Simon, ehemaliger Vize-Vorsitzende von MEDI Baden-Württemberg, gegründet. Ziel ist es seitdem, die Perspektive der MFA stärker in die Arbeit des MEDI Verbunds einzubringen – bei Veranstaltungen, Curricula oder bei der Ausbildung zur EFA®. Die Ausbildung zur EFA® wurde auf Initiative von MEDI als Pendant zur Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH®) im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ins Leben gerufen. Sie richtet sich an MFA in fachärztlichen Praxen, die am Facharztprogramm der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK teilnehmen.

»Die EFA® wünschen sich neben dem Austausch über fachübergreifende Themen auch eine kontinuierliche fachliche Weiterbildung«

Iris Bernkopf

Im Beirat der MFA-Akademie arbeiten heute Vertreterinnen und Vertreter des Instituts für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde e. V. (IFFM) und des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V. (VMF) zusammen. Neben der Weiterbildung zur EFA® organisiert die MFA-Akademie auch die jährlichen Qualitätszirkel für EFA® und bietet Schulungen für die Moderatorinnen an. Sie versteht sich zudem als Bindeglied zwischen MFA, Praxen und MEDI. Erfahrungen und Wünsche aus den Qualitätszirkeln können zurück in die Organisation fließen – beispielsweise, wenn sich in der Praxis Fragen zur Umsetzung oder Abrechnung ergeben.

»Die EFA® erwartet nach ihrer Weiterbildung, dass sich ihr Arbeitsalltag verändert und sie neue Entwicklungsmöglichkeiten bekommt.«

Stefanie Teifel

EFA® wünschen sich kontinuierliche Weiterbildung

„Die EFA® wünschen sich neben dem Austausch über fachübergreifende Themen auch eine kontinuierliche fachliche Weiterbildung", erklärt Iris Bernkopf, MVZ-Managerin bei MEDI, Kardio-EFA® und Qualitätszirkel-Moderatorin. Das würden die Rückmeldungen aus den Qualitätszirkeln zeigen. Inzwischen gibt es deshalb fachspezifische Qualitätszirkel.

Stefanie Teifel, ehemalige erste Vorsitzende des VMF e. V. und seit den Anfängen der Akademie dabei, weiß allerdings aus vielen Gesprächen, dass es nicht immer gelingt, das Gelernte auch in den Praxen umzusetzen: „Die EFA® erwartet nach ihrer Weiterbildung, dass sich ihr Arbeitsalltag verändert und sie neue Entwicklungsmöglichkeiten bekommt. Wenn dann zwar der EFA®-Zuschlag abgerechnet wird, sich für sie aber ansonsten nichts ändert, ist die Frustration natürlich groß."

Spürbare Entlastung durch kleine Veränderungen

Dabei können schon kleinere Veränderungen den Praxisalltag spürbar erleichtern: etwa wenn eine EFA® die Voranamnese übernimmt, Patientendaten sichtet oder bestimmte organisatorische Aufgaben eigenständig bearbeitet. Isabelle Gaßner, die selbst als EFA® in einer internistisch-fachärztlichen Praxis arbeitet, erklärt sich das so: „Viele Ärztinnen und Ärzte wissen gar nicht, was alles delegiert werden kann – oder scheuen sich davor, die Praxisorganisation anzupassen und einzelne Aufgaben abzugeben."

„Wir wollen zeigen, wie EFA® die Ärztinnen und Ärzte entlasten können, indem sie selbst mehr Verantwortung übernehmen", sagt Gaßner. Und auch für Teifel ist klar: „Eine EFA® bietet Verbesserungspotenzial für die ganze Praxis – auch wenn man dafür erst einmal investieren und den Praxisbetrieb ein Stück weit umkrempeln muss."

Die MFA-Akademie schreibt die Kurse für die EFA®-Ausbildung zweimal pro Jahr aus. Die Ausbildungsgänge können jedoch nur durchgeführt werden, wenn rechtzeitig genügend verbindliche Anmeldungen eingehen. „Wir bitten daher um frühzeitige Anmeldung, damit die Durchführung gewährleistet werden kann und wir die Interessierten nicht enttäuschen müssen", betont Teifel.

Antje Thiel

»Viele Ärztinnen und Ärzte wissen gar nicht, was alles delegiert werden kann.«

Isabelle Gaßner

Aktuelles aus dem Beirat der MFA-Akademie IFFM e. V.

Die MFA-Akademie möchte ihre Aktivitäten auch auf der EFA®-Homepage des IFFM präsentieren. Sie sucht dafür EFA®, die ihrer Fachrichtung ein Gesicht geben. Wer mit Leib und Seele als EFA® arbeitet, kann sich mit einem kurzen Erfahrungsbericht bis 30. November 2026 per E-Mail an IFFM-Projektleiterin Sonja Huste Kübler wenden.

Kontaktdaten:
Sonja Huste Kübler
Telefon: 0711 80 60 79-310
E-Mail: huste@mediverbund-iffm.de
→ **Hier finden Sie die EFA®-Seite des IFFM:**

Premiere bei MEDI: Luca Ruppenstein ist der erste Auszubildende



Luca Ruppenstein fühlt sich als erster Azubi wohl bei MEDI.

Luca Ruppenstein ist der erste Auszubildende in der Geschichte des MEDI Verbunds. Seit September 2025 absolviert der 18-Jährige seine Ausbildung zum Kaufmann für Büromanagement und lernt dabei verschiedene Abteilungen bei MEDI kennen. Mit einem eigenen Azubi-Projekt präsentierte er bereits ein praxisnahes Thema vor dem gesamten Team.

Zu MEDI kam Luca Ruppenstein eher zufällig. Nach der Mittleren Reife und einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme entdeckte er die Stellenausschreibung. „MEDI war für mich vorher kein Begriff. Ich habe die Stelle gefunden, mich beworben – und es hat geklappt“, erzählt Ruppenstein.

Inzwischen hat er verschiedene Bereiche bei MEDI durchlaufen: vom Servicecenter und der Vertragsumsetzung über Veranstaltungsmanagement und IT bis zu Personal und Vorstandssekretariat. Er gewinnt dabei ein breites Bild aller Abläufe. Zugleich entwickelt MEDI als neuer Ausbildungsbetrieb seine Strukturen und Aufgaben permanent weiter – ein Lernprozess auf beiden Seiten.

Viel Applaus für Azubi-Projekt

Sein Highlight: ein eigenes Azubi-Projekt in Zusammenarbeit mit dem Team. Im Projekt ging es darum, wie fehlerhaft abgerechnete OP-Leistungen korrigiert werden können, damit Ärztinnen und Ärzte für ihre Arbeit vergütet werden. Die Ergebnisse präsentierte Luca gemeinsam mit seiner Kollegin Lisa Gnannt aus der Abteilung Vertragsumsetzung – vor dem gesamten MEDI-Team.

„Aufgeregt war ich schon“, erzählt der Azubi. Nach außen war davon wenig zu sehen: Er wirkte ruhig und souverän, erhielt Applaus und direkt danach persönliches Lob von Frank Hammer, Leiter der Abteilung Arzneimittelmanagement. Noch Wochen später sprachen ihn Kolleginnen und Kollegen auf seinen Auftritt an. Sein Fazit: „Anscheinend bin ich darin wohl ganz gut.“ Die Nervosität sei dabei nicht verschwunden: „Irgendwann blendet man sie ein bisschen aus und macht einfach weiter.“

Nach dem ersten Ausbildungsjahr fühlt sich Ruppenstein angekommen. Einen einzelnen Schlüsselmoment gab es für ihn nicht: „Das hat sich mit der Zeit so entwickelt.“ Besonders schätzt er das Miteinander: „Ich finde, ich habe es hier schon gut getroffen – auch mit den Kolleginnen und Kollegen.

Elelta Tzegai

VERANSTALTUNGEN, FORTBILDUNGEN UND WORKSHOPS

November 2026 bis Januar 2027

VERTRAGSSCHULUNGEN FÜR ÄRZTINNEN, ÄRZTE / PSYCHOTHERAPEUTINNEN, PSYCHOTHERAPEUTEN

–– medizinisch

05.12.2026 / 09.30–14.00 Uhr
Interstitielle Lungenerkrankungen (ILD) 2026: Interdisziplinäre Versorgung, Früherkennung und Wirtschaftlichkeit in der Praxis
ARCOTEL Camino Stuttgart, Heilbronner Str. 21, Stuttgart-Nord

23.01.2027 / 08.30–14.30 Uhr
Mannheimer Triple-DMP-Kongress für Ärztinnen und Ärzte (Hausärzte)
Konferenz- und Fortbildungszentrum Mannheim, Chemnitzer Str. 9, Mannheim

VERANSTALTUNGEN FÜR MFA UND EFA® –– medizinisch

09.12.2026 / 15.00–17.30 Uhr
Diabetes mellitus Typ 2 – DMP in der Arztpraxis (Hausärzte)
Kulturhaus Osterfeld GmbH, Osterfeldstr. 12, Pforzheim

VERTRAGSSCHULUNGEN FÜR ÄRZTINNEN, ÄRZTE / PSYCHOTHERAPEUTINNEN, PSYCHOTHERAPEUTEN UND MFA / EFA®

04.11.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Abrechnungsschulung Kardiologie
Microsoft® Teams / Online

>>>

11.11.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Abrechnungsschulung Gastroenterologie
Microsoft® Teams / Online

11.11.2026 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung Diabetologie
Microsoft® Teams / Online

12.11.2026 / 15.00–17.30 Uhr
Vertragsschulung Psychotherapie-Verträge
Microsoft® Teams / Online

18.11.2026 / 15.00–17.00 Uhr
Abrechnungsschulung PNP (PY+N+PT)
Microsoft® Teams / Online

18.11.2026 / 15.00–17.00 Uhr
Vertragsschulung Diabetologie
Microsoft® Teams / Online

25.11.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Vertragsschulung Nephrologie
Microsoft® Teams / Online

27.11.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Abrechnungsschulung Nephrologie
Microsoft® Teams / Online

02.12.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Vertragsschulung Urologie
Microsoft® Teams / Online

04.12.2026 / 14.00–16.00 Uhr
Abrechnungsschulung Urologie
Microsoft® Teams / Online

11.12.2026 / 14.00–16.30 Uhr
Vertragsschulung Psychotherapie-Verträge
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 Anmelde-bestätigungen oder Zugangs-links zugestellt werden können.