



01/2025 · Januar Februar

BLATT

Mitgliedermagazin der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

Ampel-Aus

Quo vadis Gesundheitspolitik?



Vertreterversammlung

Bericht von der
Sitzung im November

Honorarbericht 2-2024

Unbefriedigende
Auszahlungsquote

Praxis-Dating

Ein Modell
mit Zukunft

CGMone | Telefonassistent

Entspannter durchs neue Jahr – mit dem KI-Telefonassistenten

Der KI-basierte **CGM one Telefonassistent** nimmt Anrufe zuverlässig entgegen und leitet sie strukturiert, gebündelt und transkribiert an Ihr Praxisteam weiter. Das schafft wertvolle Zeit, um sich ganz auf die Betreuung Ihrer Patientinnen und Patienten konzentrieren zu können – und entspannter ins neue Jahr zu starten.

Schluss mit Unterbrechungen durch Telefonanrufe

Alle Anfragen zentral organisiert

Nahtlose Integration in Ihre Praxissoftware



Vereinbaren Sie eine kostenlose Produktdemo oder ein unverbindliches Beratungsgespräch unter: +49 (0) 30 809971-27

one.cgm.com

✓ SYMPATHISCH
✓ FAIR UND ZUVERLÄSSIG
✓ ERFOLGREICH

DOS GmbH
Seit 1979
DOS

Erbacher Str. 3a, 14193 Berlin-Grünwald
T 030 8099-710, F 030 8099-7130

info@dos-gmbh.de, www.dos-gmbh.de

Ihr CGM-Partner in Berlin und Brandenburg:
Die Spezialisten für Praxiscomputer & Software.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr 2024 ist mit einem Paukenschlag zu Ende gegangen:
Die Ampelkoalition ist gescheitert, in wenigen Wochen stehen bereits
Neuwahlen an.

Wenn bei dieser Regierung auf etwas Verlass war, dann war es im Bereich
der Gesundheitspolitik: Der ambulante Versorgungsbereich wurde nicht nur
permanent ignoriert, sondern – und da bin ich mit dem G-BA-Vorsitzenden
Prof. Josef Hecken durchaus einer Meinung – regelrecht gemobbt! Die
Beiträge der Versicherten und der Gesundheitsfonds sollen geplündert
werden, um veraltete Krankenhausstrukturen zu sanieren. Der ambulante
Bereich blutet derweil regelrecht aus!

Auf der einen Seite ist eine Reform der Krankenhausstrukturen ohne Frage
notwendig, auch auf regionaler Ebene. Das Land Berlin ist seiner Aufgabe
der Instandhaltung und Finanzierung nicht ausreichend nachgekommen. Auf
der anderen Seite sollen hier unwirtschaftliche Häuser am Leben erhalten
werden – alles zulasten des ambulanten Versorgungsbereichs!

Die Unwirtschaftlichkeit zeigt sich zum einen in der Planung mit einer viel zu
hohen Zahl von sogenannten Integrierten Notfallzentren – Berlin bräuchte
laut einer international anerkannten Berechnungsformel 11 solcher INZ im
städtischen Bereich – je 400.000 Einwohner ein INZ. Zum anderen ist keinerlei
Bereitschaft erkennbar, auch nur eine der 37 (!) Notaufnahmen in Berlin zu
schließen.

Welche Gründe kann es nun für die Politik geben, sich so – und das nicht
nur in Berlin – zu verhalten? Nach wie vor gibt es seitens der Politik ein
uneingeschränktes Leistungsversprechen an alle Bürgerinnen und Bürger
beziehungsweise an alle Wählerinnen und Wähler. Das heißt, die sogenannte
Flatrate-Mentalität wird ausdrücklich unterstützt – und das zulasten aller,
insbesondere der wirklich kranken Patientinnen und Patienten. Das Rundum-
Sorglos-Paket ist angesichts rapide sinkender medizinischer Ressourcen
nicht mehr aufrechtzuerhalten. Offensichtlich ist aber niemand bereit, den
Menschen dieses Landes reinen Wein einzuschenken. Was hier zwingend
notwendig ist, ist eine Patientensteuerung auf allen Ebenen – nicht nur in
Bezug auf Notaufnahmen und auch nicht alleine über die HZV. Wir werden
nicht umhinkommen, auch über finanzielle Mittel zur Patientensteuerung zu
diskutieren. Hier bedarf es auch der Unterstützung von Patientenvertretern,
denn es betrifft auch die Patientinnen und Patienten selbst, schonend mit
den Ressourcen im Gesundheitsbereich umzugehen. Es geht dabei nicht um
eine Zweiklassenmedizin, sondern um die Sensibilisierung der Bevölkerung.
Arztzeit ist wertvoll – und wird in Anbetracht des demografischen Wandels
auch zunehmend kostbarer.

Ihre



Dr. Christiane Wessel
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin



Foto: Yves Strucksdorff

**„Der ambulante
Versorgungsbereich
wurde nicht nur
permanent ignoriert,
sondern regelrecht
gemobbt!“**

Inhalt



22

Tätigkeit in Anstellung

Mit einer Umfrage will die KV Berlin die angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten näher kennenlernen.

26

Long-COVID

Im Interview mit dem KV-Blatt erzählen Dr. phil. Lucinde Schleifer und Dr. Christian Gogoll, Leitende des Long-COVID-Netzwerks der KV Berlin, von den Herausforderungen bei der Versorgung von Long-COVID-Patienten.

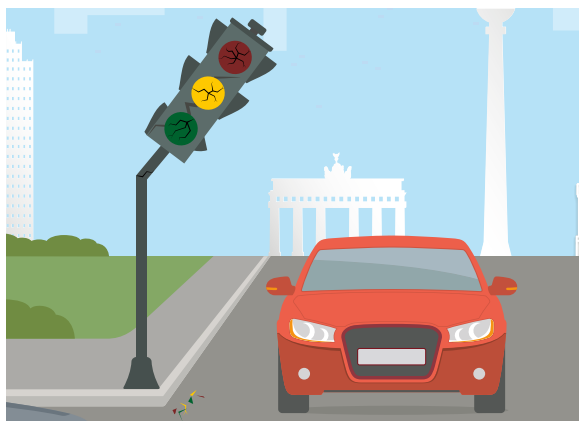


Foto: KV Berlin

34

Titelthema: Ampel-Aus und Neuwahlen – Wie geht es weiter?

Am 23. Februar 2025 finden die vorgezogenen Bundestagswahlen statt. Die KV Berlin hat Forderungen an eine neue Regierung formuliert.





49

Laboratoriumsmedizin

Teil 5 der Serie zu den Laborpfaden als Entscheidungshilfe in der Praxis.
Dieses Mal: isolierte Quick-Wert-Verminderung

58

Neue MFA-Serie

Das KV-Blatt startet eine neue Serie für Medizinische Fachangestellte. In jeder Ausgabe wird ein für MFA relevantes Thema behandelt.



Aus der KV

- 06 Auf einen Blick
- 08 Vertreterversammlung am 21. November 2024
- 12 Jahresabschluss 2022
- 14 Zwischenbilanz zu den KV Praxen
- 20 Stay@Home – Treat@Home-Rekrutierungsveranstaltung
- 22 Tätigkeit in Anstellung
- 24 KV-Leitstelle: Erfahrungen mit Gewalt
- 26 Interview zu Long-COVID
- 30 Gastbeitrag Long-COVID-Forschung

Titel

- 34 Quo vadis Gesundheitspolitik?

Für die Praxis

- 48 Sie fragen. Wir antworten!
- 49 Laborpfade: Teil 5
- 52 Terminvermittlung bei AD(H)S
- 54 Neues zur ePA
- 56 KI in der Praxis
- 58 Neue MFA-Serie

Verschiedenes

- 62 West-Nil-Virus
- 63 Neu anerkannte Qualitätszirkel

Kleinanzeigen

- 63 Termine & Anzeigen
- 66 Impressum

Auf einen Blick

Im Durchschnitt
sind die
KV-Mitglieder

54,81
Jahre
alt.

(Stand: Bedarfsplan 7/2024)



Im dritten Quartal 2024
wurden circa

55.000

Termine durch die Terminservice-
stelle der KV Berlin vermittelt,
davon wurden

76 Prozent

durch Patient:innen
selbst gebucht.



10.669

Mitglieder hat
die KV Berlin
(entspricht
8.235,25 VZÄ).

(Stand: Bedarfsplan 7/2024)

Der Nutzungsgrad
der Telematikinfrastruktur
für den Zugang
zum Online-Portal
der KV Berlin liegt
konstant bei

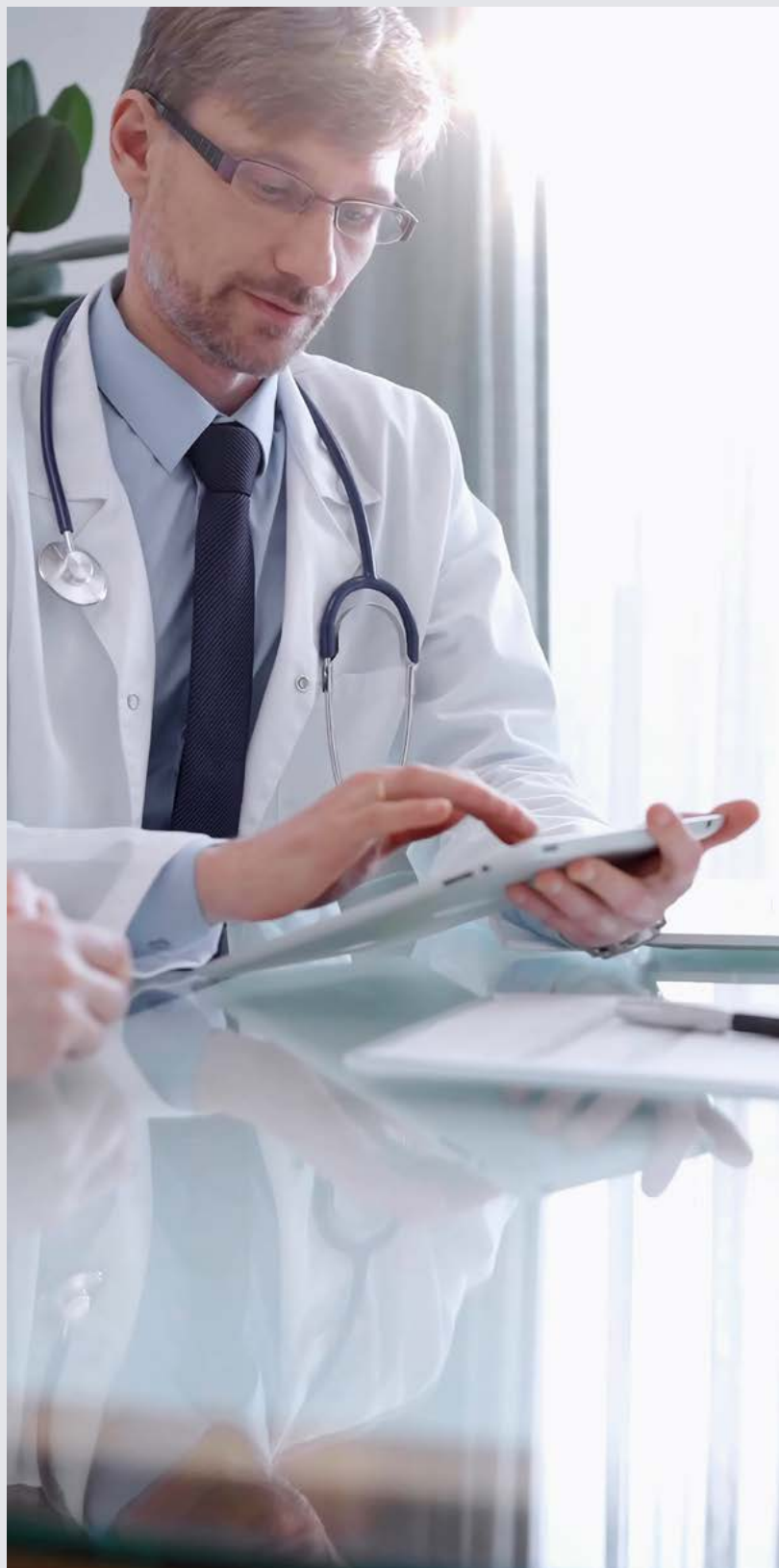
95 Prozent.



33 Prozent

der Ärzt:innen und
Psychotherapeut:innen
sind in Anstellung tätig,
davon mehr als die
Hälfte in MVZ.

(Stand: Bedarfsplan 7/2024)



Vertreterversammlung am 21. November

„Wir sind kein kleiner Player“

Auf der letzten Vertreterversammlung für das Jahr 2024 verlangen Haus-, Fachärzte und Psychotherapeuten gemeinsam die sofortige Entbudgetierung der Allgemeinmediziner. Außerdem stellte Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin, die sogenannte „Hamburg App“ vor, informierte über die gescheiterten Honorarverhandlungen zwischen der KV sowie den Krankenkassenverbänden und äußerte Unmut über die aktuelle politische Lage.

Der nächsten Bundesregierung empfahl der Berliner KV-Vorstandsvorsitzende Dr. Burkhard Ruppert auf der Vertreterversammlung (VV) Ende November vergangenen Jahres schon mal vorsorglich mehr Feingefühl für die ambulant tätigen Vertragsärzte. Mehr noch: Wenn das nächste Bundeskabinett nicht erkenne, welche Massen von Patienten die Ärzte im ambulanten Bereich versorgen, und ihnen stattdessen weiterhin in die Tasche greife und die Bürokratie, gerade im medizinischen Bereich, weiter aufblähe, dann müsse man sich nicht wundern, „dass keiner mehr Lust hat auf den Job“, warnte der KV-Chef. Seine Aussage untermauerte er mit einem Hinweis auf die Zahlen: So versorgten Berliner Ärzte im ambulanten Bereich pro Jahr circa 30 Millionen Behandlungsfälle, die Kliniken hingegen nur ungefähr 750.000 Patienten.

Damit nicht genug: Nicht nur während der Corona-Krise bewältigten die Vertragsärzte 90 Prozent der Versorgung von COVID-Patienten, sondern „sie tun es jeden Tag“. Dennoch werde man so behandelt,

„als ob wir kleine Player in diesem Gesundheitsmarkt wären“, sagte der KV-Vorstandsvorsitzende. Finanziell betrachtet sei man es tatsächlich, doch schaue man sich gerade die Quantität der Leistungen im ambulanten Bereich im Vergleich zu anderen Bereichen im Gesundheitswesen an, lasse dies nur einen Schluss zu: Dann sei man kein kleiner, sondern „ein gigantischer Player“. Eine Entbudgetierung ärztlicher Leistungen wäre demnach folgerichtig, diese hatte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach auch vor zwei Jahren angekündigt. Doch nach dem Bruch der Ampelkoalition Anfang November gilt der sogenannte Diskontinuitätsgrundsatz: Dieser besagt, dass alle nicht beendeten Gesetzesvorhaben am Ende der Legislaturperiode abgebrochen werden.

Existenzielle Bedrohung

Ein Schicksal, was wohl auch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) und die darin enthaltene Entbudgetierung ereilen wird (Stand Redaktionsschluss). Sollte eine neue Regierung ein neues Gesetz auf den Weg bringen, dann

„wird es nun wahrscheinlich noch zwei weitere Jahre dauern, bis eine Entbudgetierung realisiert wird“, prophezeit der KV-Vorstandschef und fügt sichtlich angefasst hinzu: „Ich will nicht wissen, wie viele Ärzte überlegen, ob sie ihren Kram einfach hinschmeißen.“ Seinem Vortrag vorausgegangen war eine Proklamation von Dr. Doris Höpner, Vorsitzende des Hausärzterverbands Berlin und Brandenburg. „Bringen Sie wenigstens die unstrittigen Teile des Gesetzes – insbesondere die Entbudgetierung – auf den Weg“, forderte sie. Die genannte Maßnahme müsse jetzt und nicht erst in den kommenden Jahren umgesetzt werden. Dass das GVSG nach dem Bruch der Ampelkoalition womöglich nicht kommt, „ist nicht nur bedauerlich, sondern auch eine existenzielle Bedrohung für ohnehin finanzschwache hausärztliche Praxen, insbesondere in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin“. In der Hauptstadt liege die Auszahlungsquote bei 86 Prozent, in der Hansestadt sogar noch niedriger. „Diese völlig unzureichende Vergütung verhindert Investitionen der Praxen in Ausstattung und Personal.“ Zudem werde es schwerer, sollte die



Foto: KV Berlin

KV-Vorstandsvorsitzender Dr. Burkhard Ruppert machte seinem Ärger über die politischen Entwicklungen Ende November 2024 auf der Vertreterversammlung Luft.

Entbudgetierung nicht kommen, junge Ärzte für die Niederlassung zu begeistern.

Dr. Gabriela Stempor, Vorsitzende der VV, hatte zuvor ihre eigene Redezeit an Dr. Doris Höpner abgetreten, damit die Chefin des Hausärzterverbands Berlin und Brandenburg ihre Proklamation vortragen konnte. In ihrem Bericht stellte die VV-Vorsitzende die neue Mitarbeiterin in der Abteilung Innenrevision, Dr. Anke Klische, vor. Außerdem berichtete Dr. Gabriela Stempor über die neuen TED-Abstimmungsgeräte, die bereits im VV-Büro angekommen seien und „hoffentlich zur nächsten VV einsatzbereit sind“. Diese findet am Donnerstag, 27. Februar, in den Räumlichkeiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am Herbert-Lewin-Platz in Berlin statt. Die Haushaltslage der KV nahm einen sehr großen Teil der Tagesordnung der VV ein. So stellte Dr. Rolf Büchter vom Revisionsverband ärztlicher

Organisationen und Verbände den Jahresabschluss 2022 vor (siehe Seite 12). An erster Stelle verkündete er, dass die Prüfung zu keinen Einwendungen geführt hat. Im Jahr 2022 habe die KV Berlin einen Bilanzgewinn von 3,1 Millionen Euro erwirtschaftet. Im Vergleich zum Vorjahr sind das etwas mehr als eine Million Euro.

Überschuss von 6,1 Millionen

Ähnlich im Haushaltsjahr 2024: Dieses „wird mit einem Überschuss von 6,1 Millionen Euro abschließen“, prognostizierte Uwe Fischer, Hauptabteilungsleiter Personal, Finanzen, Zentrale Verwaltung, Immobilienmanagement. Als wesentliche Faktoren für den Überschuss sieht er einerseits den gesunkenen Personalaufwand, was mit der verlagerten Tarifsteigerung nach 2025 zu erklären ist. Andererseits sind die Kapitalerträge höher ausgefallen als erwartet: ein Plus von 4,3

Millionen Euro. Der Haushaltsbeauftragte der KV Berlin schlug den anwesenden VV-Mitgliedern auch gleich die weitere Verwendung des Überschusses vor. Danach folgten zwei einstimmige Beschlüsse der VV. Diese betrafen den Sicherstellungsfonds sowie die Risikovorsorge für Finanzlagen. So beschlossen die VV-Mitglieder den genannten Fonds um 3,5 Millionen Euro aufzustocken. Auf der anderen Seite statteten sie die Risikovorsorge für Finanzanlagen um weitere 2,5 Millionen Euro aus. Schlussendlich sprach Uwe Fischer insgesamt von einem „ausgeglichene Haushalt“.

Mehrere Punkte stellte der Honorarverteilungsausschuss in der VV zur Abstimmung, darunter die Laborreform und den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) für 2025. So muss die Labormindestquote von 89 auf 85 Prozent abgesenkt werden. Durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses habe man außerdem „neue

Kostenpauschalen hinzubekommen“, erklärte Dr. Markus Jäckel, Hauptabteilungsleiter Abrechnung und Honorarverteilung. Dadurch ergeben sich entsprechende Anpassungen in der Vergütungssystematik. Die anschließende Abstimmung darüber erfolgte einstimmig mit Ja. Ein weiterer Beschluss zielte darauf ab, mehr Transparenz im HVM zu schaffen. Das versuche man zum einen, indem man den HVM in das Corporate Design der KV Berlin bringe und zum anderen „wollen wir eine Änderungshistorie mit Fußnoten etablieren“. Diese Historie werde dann die beschlossenen Änderungen darstellen. „Dies diene der Klarheit und Übersichtlichkeit“, sagte Dr. Markus Jäckel. Auch an dieser Stelle stimmte die VV einstimmig dafür ab.

Landesschiedsamt angerufen

Keine Einigung erzielte die KV Berlin mit den Krankenkassenverbänden in den Honorarverhandlungen. Nun geht die Angelegenheit zum Schiedsamt, informierte Dr. Burkhard Ruppert die VV-Mitglieder. „Wir haben eine höhere morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

gefordert“, erklärte er. Der Grund: „Der Versorgungsbedarf in Berlin ist höher als die Morbiditätsrate abbildet.“ Außerdem sei die Auszahlungsquote in Berlin schlechter als im Bundesdurchschnitt. „Die Krankenkassenverbände berücksichtigen diese Berliner Besonderheiten jedoch nicht, sondern führen nur das Bestehende fort. Und das bedeutet eine Nullrunde“, sagte Dr. Burkhard Ruppert. Außerdem stellte er eine neue App für den ärztlichen Bereitschaftsdienst vor. Die Applikation ist bereits in Hamburg im Einsatz und soll die handschriftliche Dokumentation nach und nach ablösen sowie die Abrechnung vereinfachen. Auch an dieser Stelle stimmten die VV-Mitglieder einstimmig mit Ja ab.

Beim Patientenservice 116117 buchen ein wenig über Dreiviertel der Patienten ihre Termine online selbst. Doch der KV-Vorstandsvorsitzende gab an dieser Stelle zu bedenken, dass die KV den Eindruck habe, dass mit der Zunahme digital vermittelter Termine auch die Anzahl der No-Show-Fälle erheblich zunimmt. Eine konkrete Zahl könne er leider an dieser Stelle nicht nennen, er-

klärte er. Anders bei den Fällen, die „Fastlane“ vermittelt werden. Damit sind Fälle gemeint, in denen die Leitstelle Akuttermine in Notdienstpraxen vermittelt. Die No-Show-Quote liege dort bei 25 Prozent und sei damit laut dem Berliner KV-Chef viel zu hoch. Zuletzt warf Dr. Burkhard Ruppert noch einmal einen Blick auf die momentan vorherrschende politische Lage und nannte in diesem Zusammenhang eine sehr zentrale Forderung der KV Berlin: eine Versorgungssteuerung, denn ohne diese, ist er sich sicher und sagt es deutlich, „fährt das Ding an die Wand“ (siehe hierzu auch Interview Seite 40).

Die nächste Vertreterversammlung findet am Donnerstag, 27. Februar in der KV Berlin statt. *set*

Alle Beschlüsse der
Vertreterversammlung:



Anzeige

MedConsult
Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

FAB

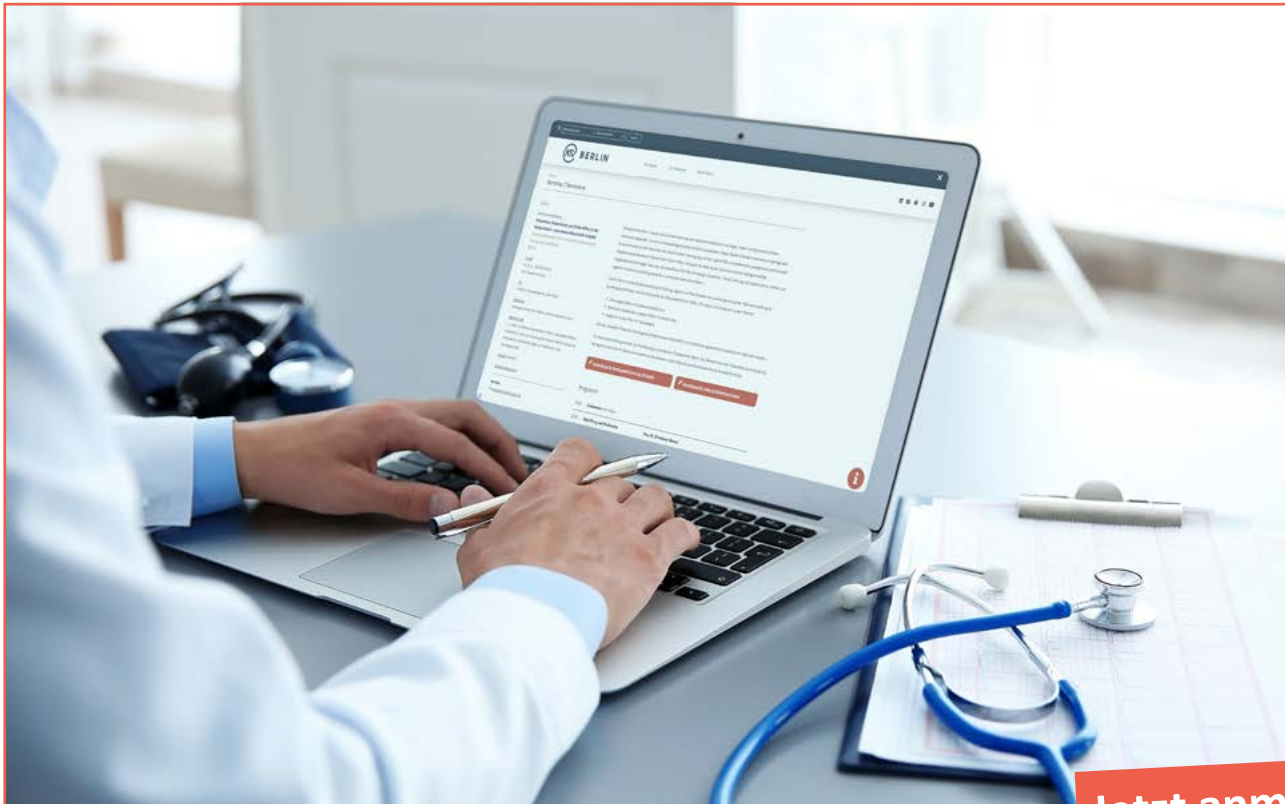
- Praxisverkauf
- Praxiswertermittlung
- Kauf- und Mietvertragsabwicklung
- Vermittlung von Kaufinteressenten
- Unterstützung beim KV-Prozedere

- Praxiskauf
- Niederlassungsberatung

- Praxiskooperation
- Job-Sharing-Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

Burkhardt Otto
Olaf Steingräber
Volker Schorling
Paul Amler

FAB
Investitionsberatung
MedConsult
Wirtschaftsberatung für
medizinische Berufe OHG
Giesebrechtstraße 6 · 10629 Berlin
Tel.: 030 2139095 · Fax: 030 2139494
E-Mail: info@fabmed.de



Jetzt anmelden!

Seminare 2025 der KV Berlin

Das Seminarprogramm der KV Berlin für das Jahr 2025 ist online abrufbar. Von A wie Abrechnung bis Z wie Zulassung: Es steht ein umfangreiches Angebot an Fort- und Weiterbildungen für Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und für Praxismitarbeitende bereit.

Auf der Website der KV Berlin finden Sie:

- eine Übersicht zu allen aktuell geplanten Seminaren für 2025
- eine laufend aktualisierte Monatsübersicht
- Webinare und Präsenzveranstaltungen
- ein Online-Anmeldeformular

Nutzen Sie das umfangreiche Angebot unter:

www.kvberlin.de > Für Praxen > Aktuelles > Termine/Seminare.

Jahresabschluss 2022

KV Berlin schließt erneut mit Überschuss ab

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin hat im Jahr 2022 erneut einen Überschuss erzielt – das geht aus dem Jahresabschluss 2022 hervor. Der Revisionsverband ärztlicher Organisationen und Verbände e. V. erteilte der KV Berlin einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk für das Haushaltsjahr 2022. Die Jahresrechnung vermittelt ein zutreffendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der KV Berlin.

Die Vertreterversammlung (VV) hat den Vorstand der KV Berlin für das Haushaltsjahr 2022 uneingeschränkt entlastet. Der Revisionsverband hatte den Jahresabschluss 2022 in der Sitzung am 21. November 2024 vorgestellt. Danach schließt die KV Berlin das Jahr 2022 mit einem Bilanzgewinn in Höhe von 3,13 Millionen Euro ab.

Erträge gestiegen

Die Erträge sind im Vergleich zum Vorjahr um 6,73 Millionen Euro auf 77,76 Millionen Euro gestiegen. Dies resultiert im Wesentlichen aus gestiegenen Einnahmen bezüglich der Abrechnung der Corona-Teststellen. Ein weiterer Aspekt sind die um 1,61 Millionen Euro gestiegenen Kapitalerträge. Damit stellen die Kapitalerträge erneut einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung der Verwaltungskostenumlage von 2,4 Prozent dar.

Die Aufwendungen sind im Vergleich zum Vorjahr um 7,7 Millionen Euro auf 69,13 Millionen Euro gestiegen. Dies resultiert im Wesentlichen aus den höheren Personalaufwendungen um 1,29 Millionen Euro. Die Sachaufwendungen sind um 4,94 Millionen Euro auf 13,15 Millionen Euro gestiegen. Ursächlich sind höhere Aufwendungen für das Verwaltungsgebäude sowie Datenverarbeitung und externe Projektunterstützungen. Der Vermögensaufwand ist im Rahmen einer Risikoversorge für Finanzanlagen um 1,36 Millionen Euro angestiegen.

Bildung von Risikoversorgen

Bereits unterjährig wurden 5,5 Millionen Euro in die Risikoversorge überführt. Hiervon entfielen drei Millionen Euro auf die Rücklage für Instandhaltungs- und Sanierungsmaßnahmen des Verwaltungsgebäudes sowie 2,5 Millionen Euro in die Rücklage der ehemaligen Software KVAI PRO, heute „KVision“. Der verbleibende Bilanzgewinn in Höhe von 3,13 Millionen Euro wird für die Risikoversorge zur Restrukturierung der Finanzanlagen – zwei Millionen Euro –, die Rücklage für die Abwicklung der Teststellen – eine Millionen Euro – sowie zur Aufstockung der Betriebsmittelrücklage – 0,13 Millionen Euro – verwendet. Die VV folgte mit dem Mittelverwendungsbeschluss der Empfehlung des Vorstands und des

Haushalts- und Finanzausschusses. In der Gesamtbetrachtung schließt das Haushaltsjahr 2022 mit einem Jahresüberschuss in Höhe von 8,63 Millionen Euro.

Ausblick 2024

Für das Haushaltsjahr 2024 kann ein sehr positiver Ausblick gegeben werden. Aktuell wird ein Bilanzgewinn von rund 6,1 Millionen Euro vor Risikoversorge kalkuliert. Maßgebliche Effekte hierfür sind unter anderem ein wesentliches Plus von rund 4,3 Millionen Euro bei den realisierten Kapitalerträgen sowie eine Verlagerung von Effekten bei den Personalkosten nach 2025. Der potenzielle Überschuss soll unter anderem zur Entlastung des Haushalts 2025 genutzt und mit 3,5 Millionen Euro dem Sicherstellungsfonds zugeführt werden. Des Weiteren soll bereits unterjährig die Risikoversorge zur Restrukturierung der Finanzanlagen um 2,5 Millionen Euro erhöht werden.

*Uwe Fischer,
Hauptabteilungsleiter
Personal, Finanzen, Zentrale
Verwaltung
und Immobilienmanagement
bei der KV Berlin*

KV-SERVICE-CENTER

service-center@kvberlin.de

www.kvberlin.de

030/31 003-999

Sprechzeiten:

Mo. bis Fr. 10:00 bis 13:00 Uhr



KV feiert 70-jähriges Bestehen

Im August dieses Jahres wird die KV Berlin 70 Jahre alt. Dazu wird es über das Jahr unterschiedliche Aktionen geben, um den KV-Mitgliedern die Geschichte der KV Berlin, deren Aufgaben und die Mitarbeitenden näherzubringen. Die Planungen laufen auf Hochtouren.

Meilensteine der KV-Geschichte

- **1955: Die Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen 1955 per Gesetz neu.**
Am 22. August wird die vormalige Vereinigung der Sozialversicherungsärzte von Groß-Berlin VSB in Kassenärztliche Vereinigung Berlin umbenannt.
- **1970: Die KV Berlin geht gegen die medizinische Unterversorgung in West-Berlin vor.**
Besonders Ärzt:innen mit Fremdsprachenkenntnissen werden gesucht.
- **1990: Gründung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin-Ost. Der Bezirk erstreckt sich hierbei auf die Berliner Ost-Bezirke – die KV Berlin ist von da an die Interessenvertretung und Verwaltung für alle Berliner Kassenärzte.**
- **2015: Aufbau der Terminservicestelle**
- **2017: Anstoß der strukturellen Reorganisation der KV Berlin**

Zu den Aktionen rund um das Jubiläum informieren wir in den kommenden Monaten über die gängigen Informationskanäle: PID, Website sowie über Social Media – und natürlich im KV-Blatt.

KV Praxis

Eine harmonische Zusammenarbeit

Im Oktober vergangenen Jahres eröffnete die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin eine Praxis in Treptow-Köpenick. Es ist die nunmehr vierte KV Praxis in den östlichen Bezirken Berlins. Mit den Praxen unterstützt die KV die ärztliche Versorgung vor Ort. Doch wie werden die Praxen vor Ort angenommen? Wie arbeitet es sich in einer KV Praxis? Was ist der Plan für die Zukunft? Darüber sprach das KV Blatt mit den Verantwortlichen.

Das Arbeitsverhältnis zwischen Medizinischen Fachangestellten und den angestellten Ärzten gestalte sich sehr harmonisch und bereite viel Freude, erzählt Anna Naudsch – und sie muss es wissen. Die 35-Jährige fing Anfang 2022 als Medizinische Fachangestellte in der ersten KV Praxis in Hohenschönhausen in Berlin-Lichtenberg an. Weitere Praxen folgten, darunter eine in Lichtenberg und eine in Marzahn-Hellersdorf. Die mittlerweile vierte Praxis eröffnete die KV Anfang Oktober 2024 in den Räumlichkeiten der DRK Kliniken Berlin Köpenick. Dorthin wechselte Anna Naudsch. Ursprünglich habe die KV geplant, eine der ersten Praxen im genann-

ten Bezirk zu eröffnen, erzählt sie. Treptow-Köpenick war „schon seit Anbeginn mein absoluter Wunschstandort“. Daher habe sie sich über die Praxiseröffnung sehr gefreut. Sie reize die abwechslungsreiche Arbeit sehr, „sowie das mir entgegengebrachte Vertrauen mit Blick auf neue Tätigkeiten und das vielfältige Angebot an Weiterbildungen“.

Der Fokus auf die östlichen Berliner Bezirke ist nicht zufällig. Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg und dann Treptow-Köpenick – die ärztliche Versorgungslage im Osten von Berlin ist im Vergleich zum Rest der Hauptstadt schlechter aufgestellt. „Über die Hälfte der niedergelassenen Ärzte sind über 55 Jahre“, erklärt Susanne Hemmen, Geschäftsführerin der KV Praxis Berlin GmbH. Mehr noch: Auf einen Hausarzt kommen je nach Bezirk rund 1.900 Patienten. Das werde in Zukunft nicht weniger, denn „die Stadt wächst in den Bezirken“. Die Ursachen für den Ärztemangel liegen im Detail: „Immer weniger Ärzte sind bereit sich niederzulassen.“ Der Trend geht nach unseren Beobachtungen zur Anstellung. Was außerdem hinzukommt: „Viele wollen wohnortnah arbeiten und keine

langen Arbeitswege zurücklegen“, sagt Susanne Hemmen.

Einen kürzeren Weg zur Arbeit wollte auch Norbert Namyslo, Facharzt für Allgemeinmedizin. In seinem Fall kommt es der hausärztlichen Versorgung im Osten von Berlin zugute. Wie Anna Naudsch verlagerte auch er seinen Arbeitsort nach Treptow-Köpenick und zwar von der KV Praxis im Forum Kienberg in Marzahn-Hellersdorf. „Ich wechsle den Standort aus privaten Gründen. Aufgrund eines Umzuges verbessert sich der Arbeitsweg für mich“, sagt der 58-Jährige. Außerdem reizen ihn die kurzen Wege im Ärztehaus. „Ich verspreche mir durch die multiple ärztlichen Disziplinen leichtere Kommunikation unter Kollegen und ein vernetzteres Arbeiten.“

Wie Anna Naudsch ist er gerne in einer KV Praxis tätig. „Mir gefällt die Arbeit sehr gut. Es gibt flache Hierarchien und ein gutes Teamwork“, sagt er. Eine Aussage, die Susanne Hemmen gerne hört: „Wir freuen uns immer, wenn wir Kolleginnen und Kollegen finden, die bereit sind, mit uns die Versorgung zu unterstützen.“ Dennoch sei man weiterhin auf der Suche, denn „es

KV-SERVICE-CENTER

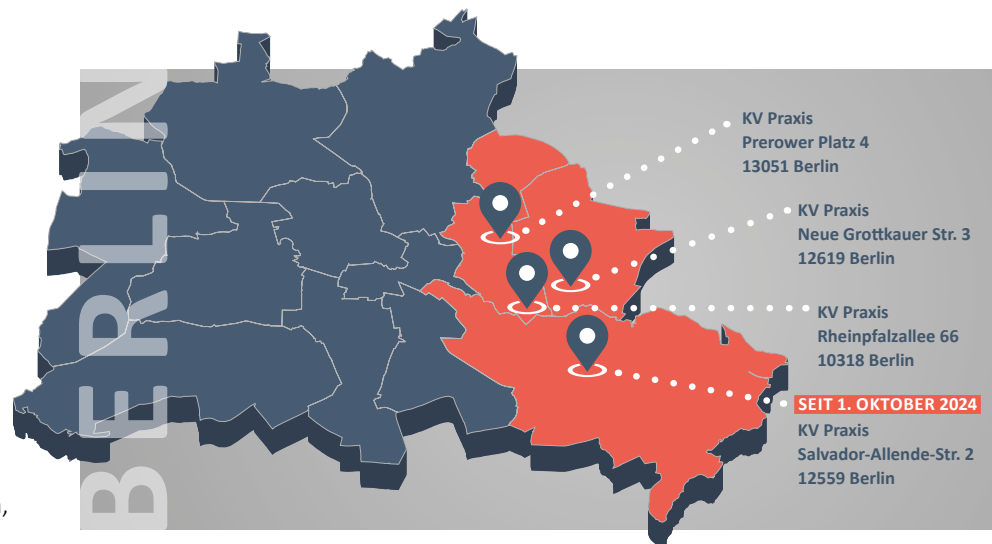
service-center@kvberlin.de

www.kvberlin.de

030/31 003-999

Sprechzeiten:

Mo. bis Fr. 10:00 bis 13:00 Uhr



ist immer eine große Herausforderung, geeignetes Personal zu finden, das Spaß daran hat, neue Strukturen aufzubauen“, erklärt sie. Ein angestellter Arzt in einer KV Praxis habe einen enormen Gestaltungsspielraum: „Sie bauen die Praxis mit auf, setzen eigene Schwerpunkte.“ Die Abrechnung machten die Ärzte zwar selber, doch die KV Praxis Berlin GmbH unterstützt sie dabei. Außerdem möchte Hemmen die hausärztliche Arbeit stärker ins digitale Zeitalter überführen.

„Ich möchte gerne mehr digitalisieren, derzeit arbeiten wir in den Praxen gemeinsam daran. So haben wir zum Beispiel keinen Konnektor mehr in der Praxis stehen. Für 2025 haben wir uns vorgenommen, auch die Anamnesebögen und dergleichen digital abzubilden“, erklärt sie. „In der Praxis stehen dann lediglich noch die Kartenlesegeräte und die Tablets.“ Alles in allem ein spannender Prozess. Die Ausstattung ist gerade ein Thema bei den jüngeren Kolleginnen und Kollegen. Ein weiterer Punkt sind die flexiblen Arbeitszeitmodelle. Viele suchen nach Arbeitsverhältnissen mit flexiblen Arbeitszeiten, was versucht wird umzusetzen. Man biete Teilzeitmodelle an, müsse sich aber natürlich „auch an den Patientenbedürfnissen orientieren“.

Gerade diese Bedürfnisse sind enorm. Vor seinem Wechsel war Norbert Namyslo bereits ein Jahr lang in der KV Praxis in Marzahn-Hellersdorf tätig. Dort sei der Zuspruch von Patienten riesig gewesen. „Der Bedarf an hausärztlicher

Mittlerweile verfügt die KV Praxis Berlin GmbH über vier Standorte im Berliner Osten. Im Oktober 2024 eröffnete die vierte KV Praxis in Treptow-Köpenick.

Betreuung ist groß, so dass es inzwischen für Neuaufnahmen leider schon Wartezeiten gibt“, erzählt er und ergänzt: „Akutpatienten können meist noch aufgefangen und behandelt werden. Insofern wirkt die Praxis als gut im Kiez integriert und angekommen.“ Eine Tatsache, die Susanne Hemmen für die Standorte bestätigen kann: „Die Praxen wurden sehr gut angenommen und sind im Kiez bereits fest verankert – das erhoffen wir uns natürlich auch für den neuen Standort am DRK Klinikum Köpenick. Wir arbeiten dort mit unterschiedlichen Akteuren zusammen.“ So könne man mittlerweile elf Arztsitze vorweisen und versorge an den genannten Standorten im Quartal rund 7.000 Patienten.

Dabei ist Susanne Hemmen eine Sache sehr wichtig: „Die KV Praxen ergänzen die Versorgung der niedergelassenen Kolleginnen und

Kollegen.“ Man wolle Engpässe in der Versorgung abmildern, im besten Falle ausgleichen und schlussendlich den Sicherstellungsauftrag erfüllen. So ergänzen die KV Praxen ihrer Meinung nach zwar die Versorgung, jedoch ist das „bei Weitem noch nicht ausreichend“. Man wolle auch in den nächsten Jahren weiter wachsen und die Versorgung unterstützen. „Wir planen zunächst, in jedem Bezirk tätig zu werden“, erklärt Susanne Hemmen. Kurz bevor Anna Naudsch in der KV Praxis in den DRK Kliniken anfang, antwortete sie auf die Frage, was sie an dem neuen Standort reizt: „Ich finde sie neue Aufgabe sehr spannend und außerdem wollte ich schon immer in der traumhaften Umgebung von Köpenick arbeiten.“ Eine Gegend, die von viel Grün umgeben ist, sich durch die Nähe zum Wasser auszeichnet und wo man "schnell die Seele baumeln lassen" kann. *set*



Hintergrund

Die KV Praxis Berlin GmbH startete mit einer Anschubfinanzierung aus dem Verwaltungshaushalt der KV Berlin. Die östlichen Berliner Bezirke Treptow-Köpenick, Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf stehen im Mittelpunkt. Der Grund: Dort ist die hausärztliche Versorgung im Verhältnis zu anderen Bezirken schlechter aufgestellt. Die Berliner KV möchte dieser Tatsache entgegenwirken. Das erklärte Ziel: mit den KV Praxen die hausärztliche Versorgung in den Bezirken unterstützen, in denen ein Mangel vorherrscht.

Honorarbericht für das Quartal 2/2024

Auszahlungsquote unbefriedigend

Obwohl das Gesamthonorar der Ärzte und Psychotherapeuten im zweiten Quartal 2024 im Vergleich zum Vorjahresquartal um circa 46 Millionen Euro gestiegen ist, beträgt die Auszahlungsquote der MGV im hausärztlichen Versorgungsbereich 87 Prozent und im fachärztlichen Versorgungsbereich 85 Prozent. Dies führt dazu, dass die erbrachten und notwendigen Leistungen zu einem geringeren Wert vergütet werden.

Die extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) stieg um mehr als 25 Millionen Euro von 239 Millionen Euro auf 264 Millionen Euro an. In der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) hingegen stieg die Vergütung um 19 Millionen Euro und belief sich auf 363 Millionen Euro. Das Honorar im Bereich der Sonderkostenträger stieg von 5,27 Millionen Euro auf 5,85 Millionen Euro.

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Das Gesamthonorar im hausärztlichen Versorgungsbereich liegt im zweiten Quartal 2024 bei rund 184 Millionen Euro. Im Vergleich zum Vorjahr stieg damit das Gesamthonorar um rund 15 Millionen Euro an. Der Zulassungs- beziehungsweise Tätigkeitsumfang stieg minimal auf 2.730 Leistungserbringer. Im Bereich der EGV stieg das Honorar um 9,37 Prozent auf 36 Millionen Euro

an. In dem Bereich der unbudgetierten MGV stieg das Honorar je Arzt (nach Zulassungs- beziehungsweise Tätigkeitsumfang) um rund 8 Prozent (67.213 Euro). Im Honorarsegment des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) stieg das Honorar um 42,28 Prozent auf 882.622 Euro. Die TSVG-Konstellation des Hausarzt-Vermittlungsfalls wurde im zweiten Quartal 2024 vorrangig abgerechnet. Im Bereich der Sonderkostenträger ist das Honorar um 15,54 Prozent

Anzeige

WIR DENKEN WO ANDERE RECHNEN.



STEUERBERATER
**TENNERT · SOMMER
& PARTNER**

BISMARCKSTRASSE 97
10625 BERLIN
TELEFON 030 - 450 85 - 0
TELEFAX 030 - 450 85 - 222
INFO@TENNERT-SOMMER-PARTNER.DE
WWW.TENNERT-SOMMER-PARTNER.DE

FRITZ TENNERT
Steuerberater

RICO SOMMER
Dipl.-Kaufmann • Steuerberater

FRIEDER MÜHLHAUSEN
Steuerberater

MARTIN KIELHORN
Rechtsanwalt

IHRE STEUERBERATER MIT DER SPEZIALISIERUNG AUF HEILBERUFE

Unsere Kompetenzen und Leistungen

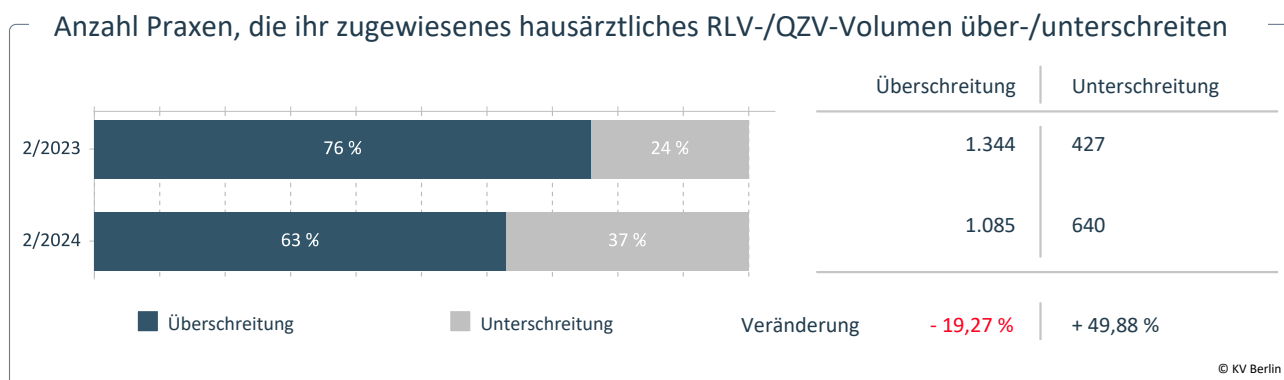
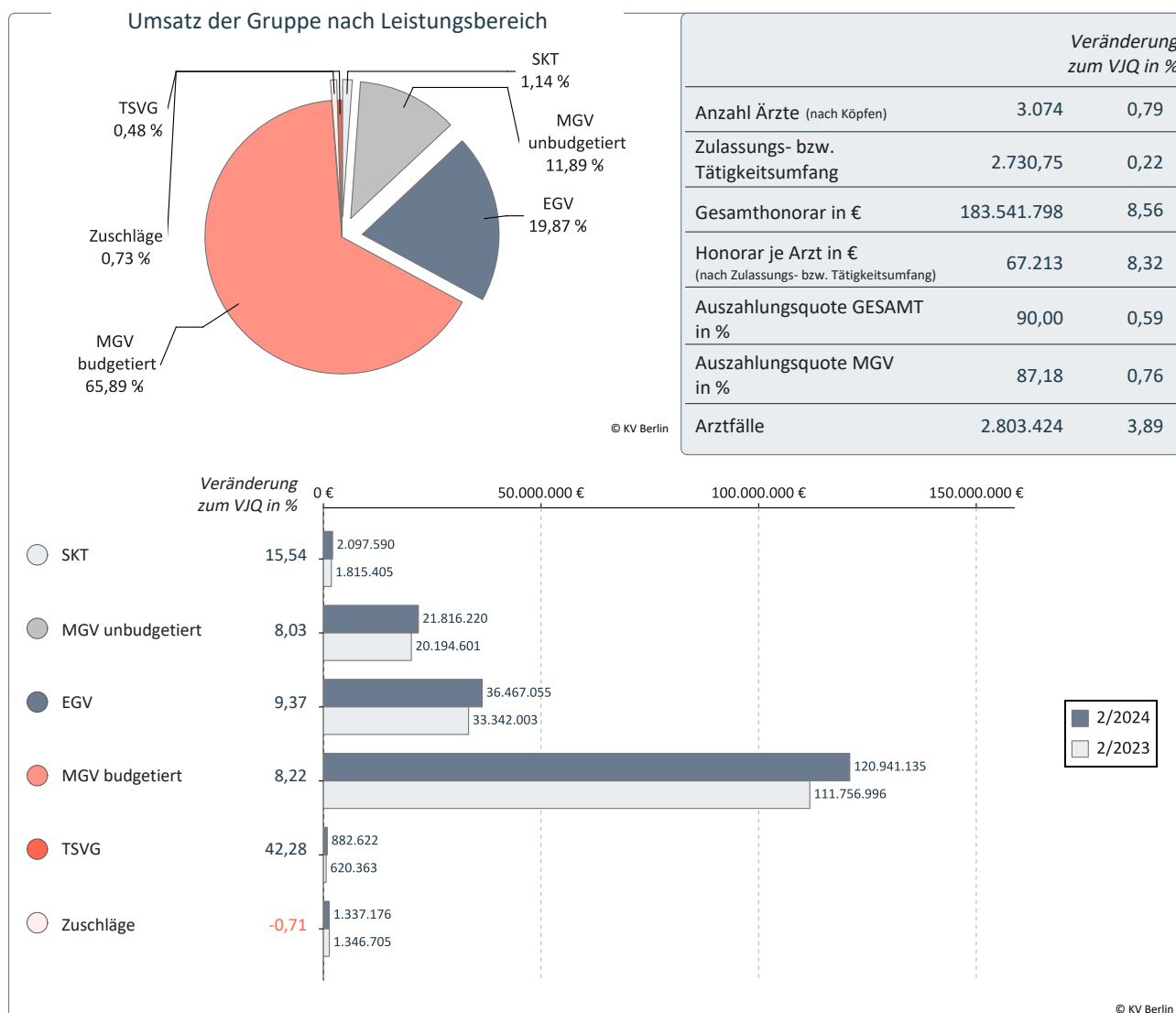
- Praxisnahe steuerliche und wirtschaftliche Beratung
- Durchführung von buchhalterischen und lohnbuchhalterischen Arbeiten
- Abschlüsse und Steuererklärungen für alle Steuerarten
- Niederlassungs- und Existenzgründungsberatung
- Individuelle Gestaltung ärztlicher Kooperationen (z. B. BAG, MVZ)
- Betriebswirtschaftliche Beratung
- Rechtsberatung und Vertragsgestaltung rund um die Arztpraxis durch Rechtsanwalt Martin Kielhorn



Mehr Information über unsere Kanzlei finden Sie im Internet.

 U2 Deutsche Oper

Hausärztlicher Versorgungsbereich (ohne Institute)

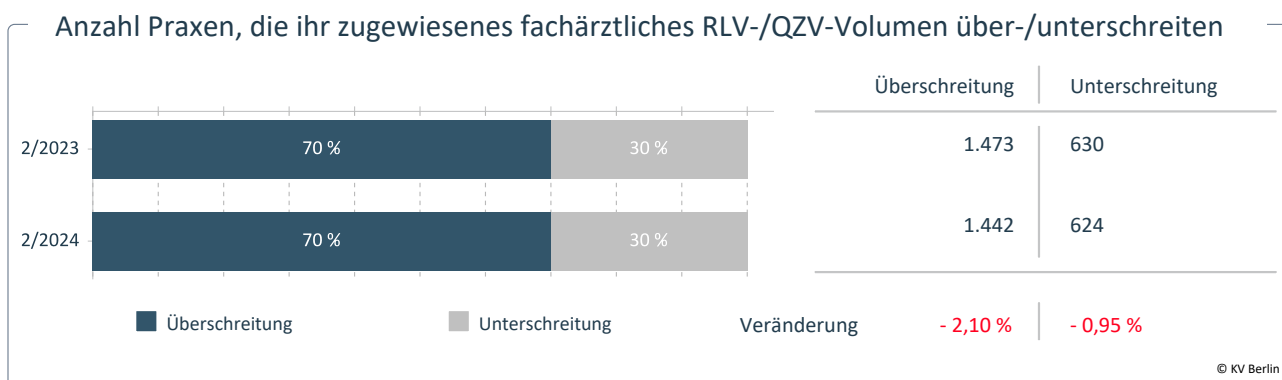
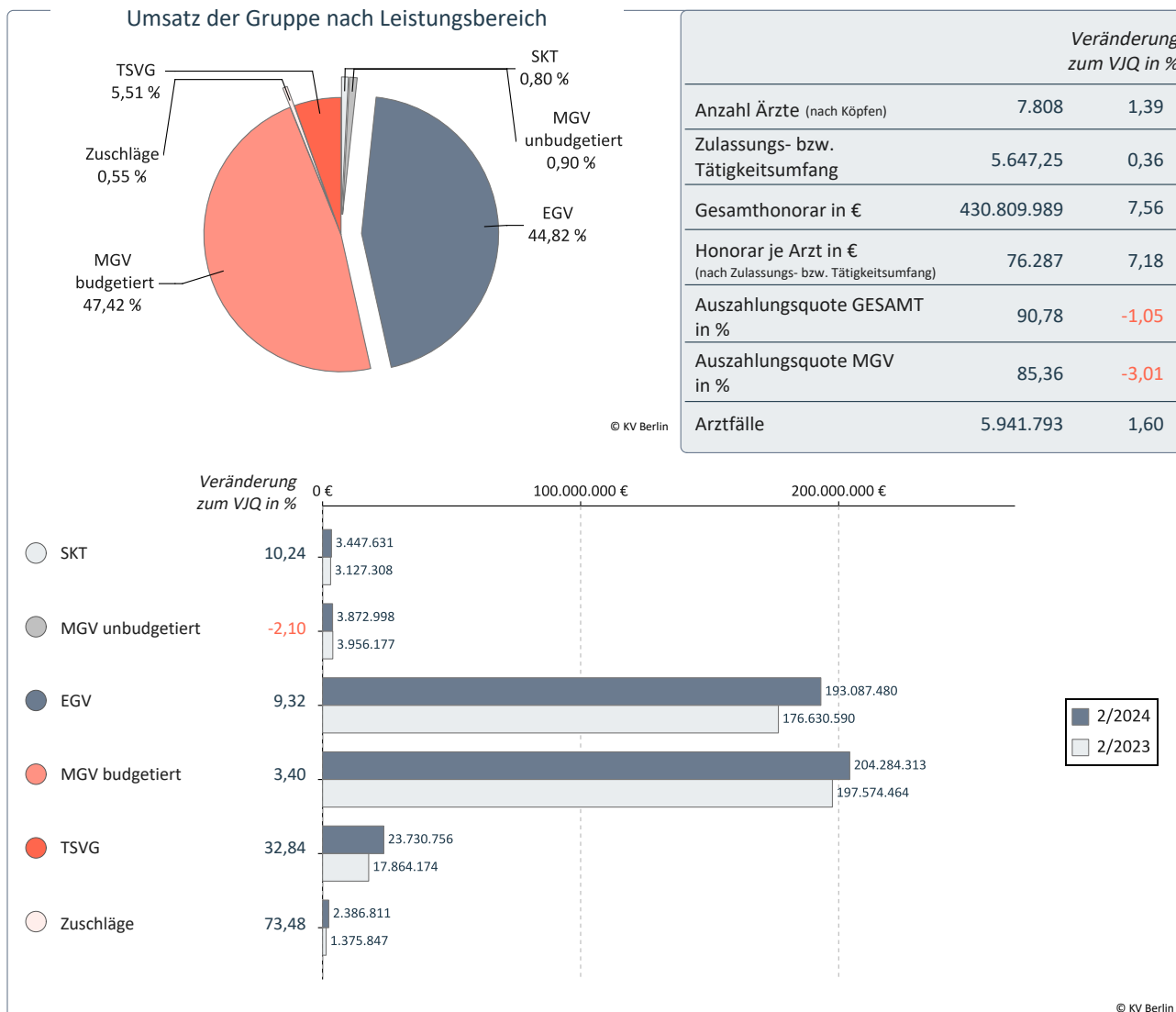


gestiegen, auf 2,09 Millionen Euro. Im Segment der Zuschläge liegt das Honorar bei circa 1,33 Millionen Euro (ein Minus von 0,71 Prozent). Für alle Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte stieg die Auszahlungsquote in

der MGV um 0,76 Prozent an. Damit stieg die gesamte Auszahlungsquote auf 90 Prozent. Im Bereich der abgerechneten Arztfälle ist ein Plus von 3,89 Prozent zu verzeichnen. Insgesamt wurden im zweiten

Quartal 2024 circa 2,8 Millionen Arztfälle abgerechnet. Der Anteil der budgetierten MGV stieg um 8,22 Prozent auf insgesamt rund 121 Millionen Euro. Im zweiten Quartal 2023 lag der RLV-Überschreibungsbetrag im

Fachärztlicher Versorgungsbereich (ohne Institute)



hausärztlichen Versorgungsbereich (Hausärzte und Kinderärzte) bei circa 12 Millionen Euro. Für das zweite Quartal 2024 ist der RLV-Überschreibungsbetrag im hausärztlichen Versorgungsbereich auf fast 9,5 Millionen Euro gesunken.

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Das Gesamthonorar im fachärztlichen Versorgungsbereich stieg um 7,56 Prozent und beträgt damit rund 431 Millionen Euro. Die Anzahl der Ärzte beträgt 7.808 (nach Köpfen),

und diesen stehen somit jeweils durchschnittlich 76.287 Euro im zweiten Quartal 2024 zur Verfügung (+7,18 Prozent). Im Segment des TSVG stieg das Honorar um mehr als 32 Prozent und liegt nun bei rund 23,73 Millionen Euro. Dieser Anstieg



wird vermehrt durch die Erbringung der offenen Sprechstunde begründet. Über den Bereich der budgetierten MGV erzielten die Fachärztinnen und Fachärzte rund 204 Millionen Euro, was im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme von knapp sieben Millionen Euro oder circa 3,4 Prozent bedeutet. Das Honorar der unbudgetierten MGV ist gesunken. Die Reduktion beläuft sich auf 2,1 Prozent. Im gleichen Zeitraum nahm die Vergütung im Bereich der EGV um mehr als neun Prozent auf 193 Millionen Euro zu. Wie bei den Hausärzten stieg auch bei den Fachärzten das Honorar im Bereich der Sonderkostenträger an. Die Auszahlungsquote der MGV sank bei den Fachärzten um rund 3,01 Prozent und liegt nun bei über 85 Prozent. Die Anzahl der Arztfälle ist leicht gestiegen, es wurden 5,9 Millionen Arztfälle erbracht.

Im zweiten Quartal 2023 lag der RLV-Überschreibungsbetrag im fachärztlichen Versorgungsbereich

Honorarbericht online

Detailliertere Angaben dazu, wie sich das Honorar Ihrer Arztgruppe im zweiten Quartal 2024 entwickelt hat, können Sie dem Honorarbericht entnehmen. Diesen finden Sie zum Download als PDF auf der Website der KV Berlin unter: www.kvberlin.de > Für Praxen > Alles für den Praxisalltag > Abrechnung / Honorar > Honorarbericht

→ Praktische Filterfunktion:

Die KV Berlin hat ihren Online-Service zum Honorarbericht auf der KV-Website weiterentwickelt: Anhand von interaktiven Grafiken mit diversen Filterfunktionen können Sie sich die Honorarentwicklung für Ihre Arztgruppe nicht nur aus dem aktuellen Honorarbericht, sondern auch über mehrere Quartale hinweg anzeigen lassen und mit anderen Arztgruppen vergleichen.

bei circa 18 Millionen Euro. Für das zweite Quartal 2024 ist der RLV-Überschreibungsbetrag im fachärztlichen Versorgungsbereich auf 19,5 Millionen Euro gestiegen (+8 Prozent).

Im Bereich der offenen Sprechstunde wurde durch die Fachärzte im zweiten Quartal 2024 mehr Honorar generiert. Ein Rückgang war nur in der Arztgruppe der Dermatologen zu verzeichnen. Im zweiten Quar-

tal 2024 wurden 138.528 Fälle der offenen Sprechstunde von den Leistungserbringern nicht genutzt. Auch mussten im zweiten Quartal 2024 circa 42.000 Fälle in einen RLV-Fall umgewandelt werden. Hintergrund hierfür ist, dass die Obergrenze von 17,5 Prozent aller Behandlungsfälle je Praxis überschritten wurde.

*Jennifer Werth und Aileen Boldt
Abteilung Abrechnung 2
bei der KV Berlin*

Anzeige

BUSSE & MIESSEN

Uwe Scholz

Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht

Sebastian Menke, LL.M.

Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht

Dr. jur. Ronny Hildebrandt

Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. jur. Stephan Südhoff

Rechtsanwalt und Notar

Florian Elsner

Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. jur. Nils Willich

Rechtsanwalt

Daniel Volmer

Rechtsanwalt

busse-miessen.de

**Rechtsberatung rund um Praxis, MVZ und Kooperationen.
Mit Notar.**



QR-Code scannen und entdecken, welche Leistungen wir an unseren Standorten **Berlin, Bonn** und **Leipzig** für Sie bereithalten.

Kontakt **Berlin**
Kurfürstendamm 63
10707 Berlin

Tel.: 030 226 336 - 0
Fax: 030 226 336 - 50
kanzlei@berlin.busse-miessen.de

Stay@Home – Treat@Home

Zuhause gut versorgt

Mit dem Programm Stay@Home – Treat@Home soll die Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld verbessert werden. Im Januar findet eine Info- und Rekrutierungsveranstaltung rund um die neue Versorgungsform statt.

Am 22. Januar 2025 laden die KV Berlin, der Hausärzteverband Berlin und Brandenburg e. V. (BDA), die Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie der Bosch Health Campus interessierte oder bereits am Projekt teilnehmende Hausärztinnen und Hausärzte zu einer Informationsveranstaltung rund um die neue Versorgungsform „Stay@Home – Treat@Home“ ein. Neben Impulsvorträgen und Erfahrungsberichten der beteiligten Projektpartner aus Versorgung und Politik stehen Diskussionsrunden auf dem Programm. In diesen können sich die Teilnehmenden über die Voraussetzungen für die Teilnahme an „Stay@Home – Treat@Home“ sowie die notwendigen Schritte zur Einschreibung der Patienten austauschen.

Ziel von „Stay@Home – Treat@Home“ ist es, die Versorgung von zu Hause lebenden, pflegebedürftigen Menschen zu verbessern. Mithilfe eines Kooperationsnetzwerks und durch den Einsatz von Telemedizin soll die Gesundheit der Betroffenen

gefördert und die Zahl ungeplanter Krankenhausaufenthalte reduziert werden.

Entlastung in der hausärztlichen Versorgung

Als Kernstück wird im Projekt ein digitales interaktives Gesundheitstagebuch (DiG) erprobt. Das DiG enthält gesundheits- und versorgungsrelevante Informationen, die von Ärzten, aber auch Patienten und ihren Angehörigen sowie anderen Leistungserbringer eingesehen und ergänzt werden können. So werden Informationen besser weitergegeben – insbesondere die Hausärzte sollen auf dieser Basis schnell eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erkennen und den Behandlungsaufwand reduzieren können.

Im akuten Behandlungsfall können außerdem die anderen versorgenden Fachdisziplinen wie der Bereitschaftsdienst der KV Berlin, die Hilfsdienste Malteser und Johanniter sowie die telemedizinische Abteilung

der Charité alle gesundheitsrelevanten Informationen der Patienten einsehen und miteinander kommunizieren. Der Kreis schließt sich wieder beim Hausarzt, der die bei einem akuten Versorgungsfall hinterlegten Informationen der beteiligten Akteure im Gesundheitstagebuch einsehen und die Therapie gegebenenfalls anpassen kann.

Am Programm teilnehmen können Patientinnen und Patienten ab 60 Jahren, die mindestens Pflegegrad 1 haben und deren Krankenkasse am Projekt beteiligt ist.

Vorteile für Praxen

- ➔ Versorgungsnetzwerk und besserer Informationsfluss
- ➔ frühzeitige Intervention bei gesundheitlichen Problemen der Patienten
- ➔ Krankenhauseinweisungen können häufiger vermieden werden
- ➔ Aufwand nach Krankenhauserlassung geringer
- ➔ starke Einbindung von Patienten und deren Begleitpersonen
- ➔ Aufwandsvergütung

Vorteile für Patienten

- ➔ Versorgung zu Hause wird ermöglicht
- ➔ enge Kommunikation mit Hausarzt/Hausärztin
- ➔ Unterstützung auch außerhalb der Sprechzeiten des Hausarztes/Pflegedienstes
- ➔ Verschlechterungen des Gesundheitszustands können vermieden werden
- ➔ Krankenhausaufenthalte können verringert werden

bic

Veranstaltung: Info- und Rekrutierungsveranstaltung zu Stay@Home – Treat@Home

Für Hausärztinnen und Hausärzte

Datum: 22.01. | **Uhrzeit:** 17.00 – 20.30 Uhr

Ort: Robert Bosch Stiftung GmbH – Berlin, Französische Str. 32, 10117 Berlin

Zielgruppe: Hausärzt:innen

Fortbildungspunkte: Für die Veranstaltung wurden Fortbildungspunkte beantragt.

Anmeldeschluss: So, 12. Januar 2025



2. Praxis-Dating der KV Berlin

Praxis gesucht, Nachfolger gefunden

Am 15. November fand das zweite Praxis-Dating der KV Berlin statt – ein Format, das den Generationenwechsel in Arztpraxen erleichtern soll. Ziel ist es, Praxisabgebende und -übernehmende direkt zusammenzubringen, um Praxisschließungen zu verhindern und die ambulante Versorgung zu sichern.

Die Idee, Praxisabgaben im Speed-Dating-Stil zu organisieren, entstand aus dem zunehmenden Bedarf, junge Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung zu gewinnen. Der Generationenwechsel stellt viele Praxen vor große Herausforderungen: Etwa 1.600 der 6.800 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte in Berlin sind über 65 Jahre alt – viele ohne Perspektive auf eine Nachfolge. „Mit dem Praxis-Dating schließt die KV Berlin eine Lücke, da es für Interessenten sonst nur sehr beschränkte Möglichkeiten gibt, gezielt miteinander in Kontakt zu treten“, betont Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der KV Berlin.



Fotos: KV Berlin

Anett Oriwe (links), Abteilungsleiterin Service und Beratung der KV Berlin, und ein teilnehmender Arzt.

Fragen zum Übernahmeprozess gern behilflich waren.

„Das Praxis-Dating ist für uns ein bewährtes

Instrument, um Abgebende und Übernehmende gezielt zusammenzubringen. Die positive Resonanz und die Matches aus den ersten beiden Veranstaltungen zeigen, wie wichtig es ist, den Kontakt aktiv zu fördern,“ ergänzt Anett Oriwe, Abteilungsleiterin Service und Beratung der KV Berlin.

Mehr als nur Gespräche

Die Veranstaltung bietet auch Raum für Austausch zu Themen wie Bürokratie, organisatorischen Herausforderungen und finanziellen Aspekten. Viele Übernehmende schätzen die Vorteile einer bestehenden Praxis: routinierte Abläufe, ein eingespieltes Team und eine etablierte Patientenbasis. Gleichzeitig bleibt der Wunsch nach Flexibilität und

Eigenständigkeit in der künftigen Praxisgestaltung zentral.

Ein Modell mit Zukunft

Die KV Berlin plant, das Praxis-Dating fest im Jahreskalender zu verankern. So sollen junge Ärztinnen und Ärzte motiviert werden, den Schritt in die ambulante Versorgung zu wagen.

Das Format hat sich bewährt: Seit dem Start im Mai 2024 stößt das Praxis-Dating auf hohe Resonanz. Die nächste Veranstaltung findet am 28. März 2025 statt. Interessierte können sich über die KV-Website anmelden.

fkn

Mehr Infos finden Sie hier:



Tätigkeit in Anstellung

Motivation, Entwicklung und Perspektiven

Angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind zentrale Akteure: Sie tragen maßgeblich zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung bei. Die Anstellung in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und in Praxen nimmt zu, die Bedeutung dieser Tätigkeitsform wächst. Warum arbeiten Ärztinnen und Ärzte in Anstellung? Was ist ihre Motivation? Wie sind die Arbeitsverhältnisse? Mit Hilfe einer Umfrage soll diesen Fragen auf den Grund gegangen werden.

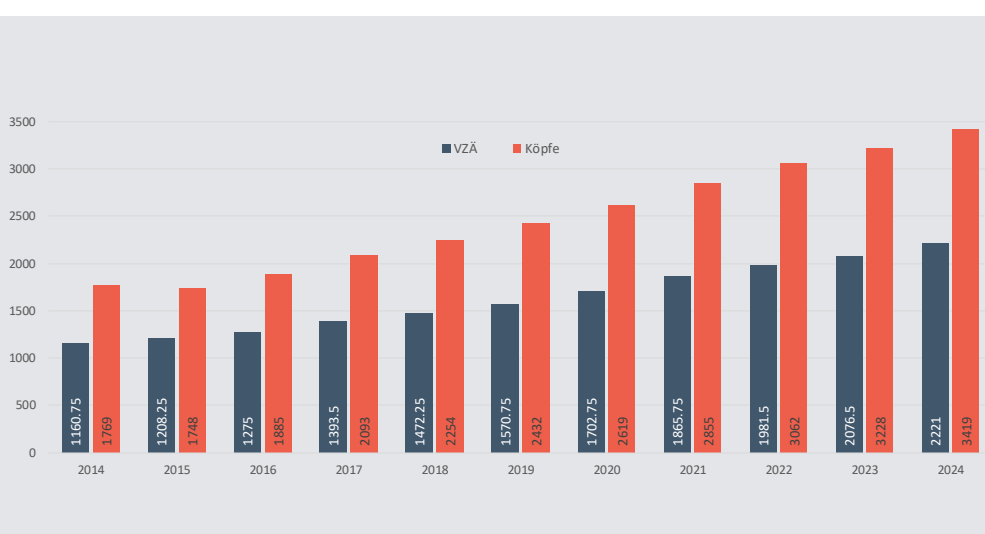
Die vergangenen Jahre haben es gezeigt: Flexible Arbeitsformen werden zunehmend attraktiver und werden verstärkt wahrgenommen – auch in der medizinischen Versorgung. In Zeiten, in denen sich Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten immer seltener in die Selbstständigkeit wagen und von einer eigenen Niederlassung absehen, steigt die Anzahl der angestellt tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Auch die KV Berlin verzeichnet einen deutlichen Zuwachs der angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten – Tendenz steigend. Von den mittlerweile 10.669 Mitgliedern der KV Berlin waren zum 1. Juli 2024 ein Drittel angestellt tätig. In den vergangenen zehn Jahren hat sich der Anteil dieser Leistungserbringenden nach Vollzeitäquivalent von rund 14 Prozent (2014) auf 27 Prozent erhöht und somit fast verdoppelt.

Die Entwicklung nach Tätigkeitsumfang und Anzahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten zeigt eine kontinuierliche Steigerung (siehe Abb. 1). 60 Prozent der Angestellten sind weiblich (Abb. 2). Hierzu muss angemerkt werden, dass der Anteil der Frauen unter den Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch insgesamt (Zulassung und Anstellung) mittlerweile 59 Prozent beträgt.

Auch bei der Entwicklung der Tätigkeitsorte hat die Anstellung zugenommen (siehe Abb. 3). Vor allem das MVZ gewinnt hierbei als Ausübungsort an Bedeutung.

Angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind durch das MVZ oder die Praxis mit Kassenzulassung, in der sie angestellt sind, ebenfalls kassenärztlich tätig. Die Arbeitszeiten und die Vergütung der Arbeitsleistung sind im Arbeitsvertrag geregelt. Im Gegensatz zu einer Niederlassung mit eigener Praxis und der selbstbestimmten Arbeitsweise bezüglich Personal, Struktur und Finanzen sind angestellte



Quelle: KV Berlin | Bedarfsplan 7/2024

Abb. 1: Tätigkeitsumfang nach VZÄ und Anzahl der angestellten Ärzte zum 01.01. der Jahre 2014 bis 2024

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten an die Strukturen der jeweiligen Praxisinhaberinnen und -inhaber oder des MVZ gebunden. Demgegenüber steht die Freiheit, sich nicht um IT-Inventar, Bewerbungen oder andere administrative Aufgaben des Praxisalltags kümmern zu müssen. Gerade die politischen Rahmenbedingungen erschweren den Niedergelassenen zusehends die Arbeit und schrecken viele Leistungserbringende vom Weg in die Selbstständigkeit ab.

Fragebogen für angestellte Ärzte

Der Beratende Fachausschuss angestellte Ärztinnen und Ärzte/Psychotherapeutinnen und -therapeuten der KV Berlin hat einen Fragebogen entwickelt, um die Hintergründe und Motivation für eine Anstellung der Ärztinnen und Ärzte kennenzulernen und mehr über deren Arbeitsverhältnisse zu erfahren. Neben Fragen zur Motivation und der Perspektive werden auch Informationen zu den Arbeitsbedingungen und dem Arbeitgeber abgefragt.

„Angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten tragen einen immer größer werdenden Anteil an der ambulanten Versorgung unserer Patientinnen und Patienten. Jedoch scheinen sie sich oft nicht ihrer Rolle bewusst zu sein, sind geradezu unsichtbar. Sie haben wie alle an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten ein Mitspracherecht in der KV Berlin sowie Rechte und Pflichten gegenüber den Patientinnen und Patienten und der KV Berlin.

„Wir sind dankbar, dass im Wandel der versorgenden Strukturen in den KVen ein Beratender Fachausschuss angestellte Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen eingerichtet wurde und wir die Möglichkeit in der KV Berlin haben, über den Fragebogen die angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten näher kennenzulernen



Abb. 2: Geschlechterverteilung Anstellung: Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten innerhalb eines Lebensalters sowie der Anteil an der Gesamtheit nach deren Geschlecht zum 1. Juli 2024

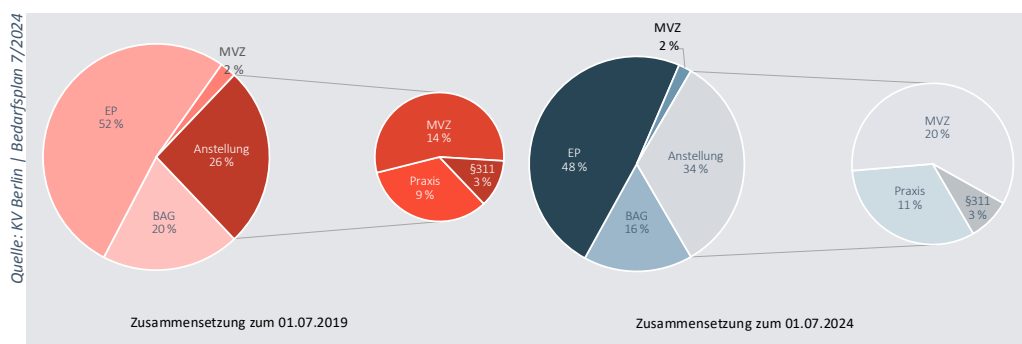


Abb. 3: Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten nach deren Organisationseinheit zum 1. Juli 2019 und 1. Juli 2024

und auf uns aufmerksam zu machen“, erläutert Dr. Anne Claußnitzer, stellvertretende Vorsitzende des Beratenden Fachausschuss, das Vorhaben gegenüber dem KV-Blatt.

Die KV Berlin will durch diesen Fragebogen die an der ambulanten Versorgung teilnehmenden, angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten näher kennenlernen, um ihre Beweggründe

für eine Anstellung zu verstehen sowie mögliche Pläne einer künftigen, eigenen Niederlassung zu eruieren.

Die Umfrage läuft über ein Onlineformular auf der Website der KV Berlin, der Start ist für Januar geplant. Die KV Berlin wird den Zugangslink zeitnah über den Praxisinformationsdienst (PID) zur Verfügung stellen und freut sich über eine rege Teilnahme – sowie neue Erkenntnisse.

bic

Anzeige



Tel. 030 / 338 43 44 70 | Pasteurstr. 40 | Beatrice Cron
 www.kanzlei-cron.de | 10407 Berlin | FAin für Medizinrecht

– Die Kanzlei für Ihre Praxis –

u.a. Praxis(anteils)kauf • Gründung, Auseinandersetzung ärztl. Kooperationen • Zulassung/Nachbesetzung • Berufsrecht RLV/QZV • ASV • Qualitäts-/Plausibilitätsprüfverfahren

Leitstelle des Patientenservice 116117

„Verbale Gewalt und aggressives Anrufverhalten“

Mitte 2024 startete die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin eine Mitgliederumfrage zum Thema Gewalt in den Praxen. Anschließend meldete sich die Abteilung Patientenservice 116117, da auch dort Mitarbeitende von aggressiven Anrufen betroffen sind. Die Redaktion fragte bei Mitarbeitenden und einer Teamleitung der Leitstelle nach.

Auch KV-Mitarbeitende werden Opfer von Gewalt, genauer: verbalen Attacken durch Anrufer. Um mehr darüber zu erfahren, sprach die Redaktion des KV-Blatts mit Mitarbeitern in der Akutleitstelle des Patientenservice 116117. Die drei Disponenten Petra Bär*, Thorsten Ulbig* und Finn Berger* erzählten von ihren Erfahrungen. Sie heißen eigentlich anders, ihre wahren Namen sind der Redaktion bekannt. Aufgrund ihrer Tätigkeit bleiben sie in diesem Beitrag anonym. So berichtet Petra Bär von „verbalen Angriffen, Beleidigungen und Bedrohungen“. Davon erzählt auch Leitstellenmitarbeiter Thorsten Ulbig: In manchen Fällen sei man „ein Nazi, inkompetent oder erkenne mit Absicht die Hilfe oder das Leiden des Anrufernden nicht“. Dabei arbeite man häufig am Limit. Gerade in der Erkältungszeit stapeln sich zuweilen die anstehenden Aufträge. Man bearbeite Notfälle, Versorgungsleiden – „und manchmal sind wir auch als Seelsorger tätig und verhindern Suizidversuche“. Jedem Fall gehe man nach, auch wenn der- oder diejenige häufiger anrufe, erklärt Thorsten Ulbig.

Sein Kollege Finn Berger ist eine Aussage eines Anrufers besonders im Gedächtnis geblieben: „Ich finde deine Familie.“ Auch sei ihm bereits einmal eine Anzeige wegen unterlassener Hilfeleistung angedroht worden: Der



Foto: KV Berlin

Startklar für den Dienst: In der Leitstelle der KV Berlin stehen die Headsets für die Disponenten aufgereiht auf einem Schrank.

Anrufer habe Berger gesagt, dass er Anwalt sei. Er verlangte, dass sofort ein Arzt zu ihm komme, damit sich dieser um seine Frau kümmere. Gefragt nach den Gründen, warum Anrufer so agieren, antwortet der Leitstellendisponent: „Da liegen die Nerven oft blank.“ Viele Anrufer befänden sich in einer Stresssituation, in großer Anspannung. Aber ebenso führe eine gewisse Anonymität und fehlende Nähe in den Telefongesprächen zu solchen unschönen Gesprächen. „Gerade Patienten beziehungsweise zumeist deren Angehörige, die von der Rettungsleitstelle der Berliner Feuerwehr an uns verwiesen werden, sind dann oft schon frustriert, da

sie dort nicht die gewünschte Hilfe erhalten haben“, erklärt Finn Berger. Von einer, wie er es nennt, erlernten Hilfslosigkeit und hohen Anspruchshaltung der Anrufer, spricht hingegen Thorsten Ulbig. Diese seien in der Vergangenheit sogar noch gestiegen.

Regelmäßige Konfliktgespräche

Für Petra Bär und Thorsten Ulbig nehmen verbale Attacken seit Jahren zu. „Zu Beginn meiner Tätigkeit bei der KV im Jahr 2019 war es noch selten. Mittlerweile kommt es regelmäßig vor“, sagt Bär. So könne man in den vergangenen zwölf Monaten sicherlich von ein bis drei Vorfällen pro Woche ausgehen. „Sehr oft, jeden Tag kommen Konfliktgespräche vor“, erzählt Thorsten Ulbig. Er ist seit dreieinhalb Jahren bei der KV angestellt. „Nach meinem Empfinden ist es durchgehend und nimmt zu.“ Finn Berger sieht es ein wenig anders: „Beschimpfungen und Drohungen kommen eher selten vor, in meinen Gesprächen ungefähr drei bis sieben Mal im Jahr.“ Doch eine aggressive und gereizte Grundstimmung sei an der Tagesordnung und sie spiegele die insgesamt angespannte medizinische Versorgungslage in der Stadt wider, meint Berger.

Die verbale Gewalt hinterlässt Spuren. Man fange an zu zweifeln, „an sich, auch an dem Sinn des ganzen Systems

und der Gesellschaft“, erzählt Ulbig. Ähnlich äußert sich Petra Bär: „Solche Situationen sind natürlich psychisch belastend. Je nachdem wie der Anruf abläuft und was gesagt wurde, ist es nicht selten der Fall, dass solch ein Gespräch auch nach Stunden noch im Kopf präsent ist.“ Die Arbeitsleistung sei durch vermehrte Kurzpausen zum Stressabbau natürlich eingeschränkt. Für Finn Berger existiert eine große Herausforderung für die Mitarbeiter der Leitstelle, nämlich „die eigenen Emotionen hintenanzustellen und trotzdem zu intervenieren und nicht alles still über sich ergehen zu lassen“. Im Kreise seiner Kollegen spreche er über derartige Situationen, um auch seinem Unmut ein wenig Luft zu machen.

Verbale Angriffe deeskalieren

„Es kommt auf die persönliche Tagesform an, meistens sucht man das Gespräch mit den Kollegen, der Teamleitung oder man geht eine Zigarette rauchen, wenn man Raucher ist“, erzählt Thorsten Ulbig und ergänzt: „Es ist schwierig die Balance zu finden und es nicht persönlich zu nehmen.“ Seine Kollegin versucht, bei einfachen verbalen Angriffen die Situation zu deeskalieren und eine zufriedenstellende Lösung zu finden. „Eine bewährte Maßnahme ist es, das Gespräch an einen Kollegen abzugeben“, erklärt Petra Bär. „Es kommt jedoch vor, dass Beleidigungen und auch Bedrohungen so massiv sind, dass eine Deeskalation

nicht möglich ist und das Gespräch beendet werden muss.“ In diesen Fällen werde das Gesagte möglichst genau dokumentiert. „Mehr kann ich in diesen Situationen nicht tun“, erklärt die Disponentin. Für die Zukunft hat sie einen Wunsch: weiterhin stattfindende Kommunikationsschulungen, um in den genannten Situationen besser agieren zu können. Thorsten Ulbig hingegen wünscht sich Rückhalt – juristisch sowie auch eine Anerkennung seitens der KV. „Von der Gesellschaft ist nicht viel zu erwarten“, sagt er. „Es liegt eine enorme Verantwortung in unseren Händen, die nicht wirklich gewürdigt wird.“ *set*

*Namen von der Redaktion geändert

In einer Mitgliederumfrage der KV Berlin aus 2024 gaben über die Hälfte der Befragten an, schon einmal aggressives Anrufverhalten erlebt zu haben. Auch die Disponenten der Leitstelle berichteten in der Folge von verbalen Attacken durch Anrufer. Das KV-Blatt sprach hierzu mit Teamleiterin Grit Vogel aus der Abteilung Patientenservice 116117.

Frau Vogel, was erzählen Ihnen die Disponenten? Wie oft kommt es zu verbalen Attacken von Anrufern gegen Disponenten?

Wir erheben in diesem Zusammenhang keine konkreten Zahlen. Doch

in den vergangenen Jahren verzeichnen wir dennoch eine steigende Tendenz von aggressivem Anrufverhalten. Mitarbeitende werden von Anrufern angeschrien, teilweise beleidigt und beschimpft. Mitunter versuchen sie, Disponenten zu erpressen. Manchmal werden KV-Mitarbeiter auch bedroht, so zum Beispiel mit „(...) wenn Du jetzt nicht, dann werde ich (...)“.

Was sind Ihrer Meinung nach die Ursachen für verbale Gewalt von Anrufern?

Es fällt einfach leichter, Frust und Aggressionen loszuwerden, wenn ich dem Gegenüber nicht in die

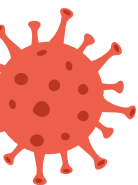
Augen schauen muss, Stichwort Distanz. Auch spielt eine gewisse Anspruchshaltung eine Rolle sowie Fehlinformationen. Teilweise sind den Anrufern auch die Wartezeiten zu lang oder sie akzeptieren die empfohlenen Versorgungsmöglichkeiten nicht. Manchmal ist es auch einfach die Angst, die durch Schmerzen oder Symptome entsteht, die der Anrufer in diesem Moment erleiden muss.

Wie gehen Sie damit um, wenn Sie von verbaler Gewalt gegen Disponenten hören?

Die Teamleitungen sind da, um die Kollegen aufzufangen. So bitten sie unter anderem bitten die betroffenen Mitarbeitenden eine kurze Auszeit zu nehmen, beispielsweise für eine Pause oder eine Runde um den Block. Zudem versuchen wir gemeinsam mit der Personalabteilung, weitere Angebote zu schaffen, zum Beispiel Supervision, eine Hotline zum Auffangen. Aufgrund der fehlenden Gesprächsaufzeichnung besteht leider wenig Möglichkeit, rechtlich gegen verbale Gewalt vorzugehen. An dieser Stelle ist die KV Hessen schon weiter und hat einen Weg dafür gefunden (siehe Infobox).

Wie die KV Hessen gegen Beschimpfungen vorgeht

„Wir sind durch Bandaufzeichnungen in der Lage, jedes Gespräch zurückzuverfolgen und damit Strafanzeige zu stellen, falls Mitarbeitende bedroht und beschimpft werden“, erklärte Dr. Eckard Starke, damaliger stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hessen, 2021 gegenüber der Deutschen Presseagentur. „Dies muss ein Ende haben, notfalls durch die Verfolgung einer solchen Straftat durch die Polizei.“ Als Erklärung sagte er: Man sehe sich zu diesem drastischen Schritt leider gezwungen, weil die Zahl der verbalen Entgleisungen ein derartiges Maß angenommen hat, dass man sich schützend vor die Mitarbeitenden stellen müsse. Er wies darauf hin, dass es sich hierbei nicht um ein neues Phänomen handle – schon im ersten Jahr der Pandemie 2020 sei eine erhöhte Aggressivität unter den Anrufern aufgefallen.



Long-COVID-Netzwerk

Erste Anlaufstelle ist der Hausarzt

Seit Anfang des Jahres leiten Dr. phil. Lucinde Schleifer und Dr. Christian Gogoll das Long-COVID-Netzwerk der KV Berlin. Im Interview mit dem KV-Blatt erzählen sie von den Herausforderungen bei der Versorgung von Long-COVID-Patienten, warum das gleichnamige Netzwerk gegründet wurde und was aus ihrer Sicht der ideale Umgang mit Long-COVID ist.



Ärzte und Psychotherapeuten arbeiten im Long-COVID-Netzwerk zusammen: Dr. Lucinde Schleifer (l.) und Dr. Christian Gogoll (r.) leiten das gleichnamige Netzwerk der KV Berlin.

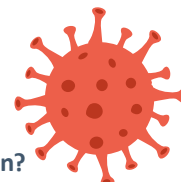
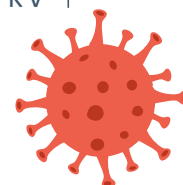
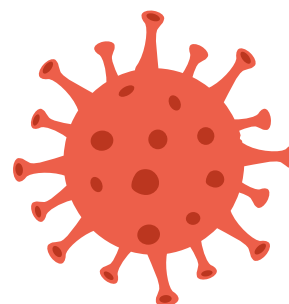
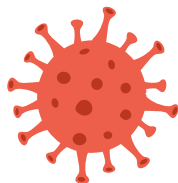
Foto: KV Berlin

Herr Dr. Gogoll, viele Long-COVID-Patienten beklagen, dass sich Ärzte noch unzureichend mit Long-COVID und ME/CFS auskennen. Wie schätzen Sie das ein?

Dr. Gogoll: In meiner Sprechstunde höre ich das auch immer wieder, denke aber, dass insbesondere den Hausärzten das Thema nicht besonders fremd ist. Postakute Infektionssyndrome sowie Erschöpfungssyndrome sind in der Nieder-

lassung so häufig, dass hierfür auch spezielle Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vorliegen. So gesehen ist das eigentlich nichts Besonderes. Wir hoffen, dass wir mit einer frühzeitig einsetzenden Aufklärung zu den Folgen von Viruserkrankungen wie COVID-19 eine Vielzahl der schweren Krankheitsfälle verhindern können, insbesondere im Bereich ME/CFS, dem Chronischen Fatigue-

Syndrom. Das Krankheitsbild der ME/CFS unterscheidet sich jedoch vom „klassischen“ Fatiguesyndrom nach Infekten. Zudem gibt es leider keine eindeutig objektiv erhebbaren Befunde, die es zulassen, die Symptomschwere und den Leidensdruck aneinander zu korrelieren. Hierdurch entsteht immer wieder der Eindruck einer Aggravation. Wenn das kommuniziert wird, haben Patienten leicht den Eindruck, nicht ernst genommen zu werden. Sicher



besteht ein hinreichender Bedarf an Weiterbildung zum Thema Postakute Infektionssyndrome (PAIS) und eben auch, wie eine ME/CFS diagnostiziert werden kann. Vielleicht besteht zudem auch die Sorge, wegen erbrachter Leistungen in Regress genommen zu werden, und die Versorgung der Patienten ist im EBM nur unzureichend abgebildet. Die AWMF-Leitlinien, aber auch der Therapiekompass des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sind in diesem Zusammenhang exemplarisch für den Hausarzt, in der aktuellen Fassung leider nur wenig hilfreich. Wir benötigen mehr belastbare Daten und eine Klärung, wie die Versorgung abgebildet werden kann. Es kostet immens viel Zeit, vorhandene Befunde zu sichten, einzuordnen und zu besprechen. Es gibt (noch) keine Abrechnungsziffern, die diesem Aufwand gerecht werden. Für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist diese Situation nicht einfach.

Bei welchen Symptomen sollten Hausärzte hellhörig werden?

Dr. Gogoll: Das sicher wichtigste Zeichen ist eine langanhaltende Symptomverschlechterung nach leichter Anstrengung. Typisch ist eine Symptomverschlechterung, die mindestens noch am Folgetag nach der Belastung oder länger besteht. Dieses als postexertionelle Malaise bezeichnete Zeichen, ist das wesentliche Kriterium der ME/CFS. Auffällig sind auch die Störung bei der Herzfrequenzregulation in Form des posturalen Orthostasesyndroms (PoTS), mit zum Teil erhöhter Ruhedate und überschießendem

Anstieg nach Lagewechsel. Oftmals berichten die Patienten auch, dass ihre Smartwatches das festgehalten hätten. Hierdurch können Schwindel aber auch Denkstörungen auftreten, die „brain fog“ genannt werden.

Frau Dr. Schleifer, Sie waren selbst von Long-COVID betroffen: Wie hat sich das geäußert und wie sind Sie damit umgegangen?

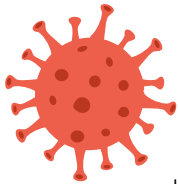
Dr. Schleifer: Ich bin im September 2020, als es noch keine Impfung gab, erstmals erkrankt. Nach den vollständigen Impfungen habe ich mit Jahresabstand zwei weitere COVID-Infektionen durchgemacht. Ich kann inzwischen Phasen unterscheiden. Die Akutphase mit positivem Test ist stets mit starken Grippe-symptomen verknüpft: Fieber, Husten und Hustenanfälle mit Atemnot, Kurzatmigkeit, extreme Kopfschmerzen, vollständiger Geschmacks- und Geruchsverlust, Muskel- und Gliederschmerzen sowie Mattheit. Symptome, die wir alle von einer Grippe kennen und die auch gut zu ertragen wären, wenn sie wieder verschwinden würden. Doch dann hören diese Symptome einfach nicht auf, und es wird sogar noch schlimmer, weil kognitive und neurologische Symptome hinzukommen, wie Wortfindungsstörungen, schnelle Ermüdung der Konzentration, Vergesslichkeit, Sehstörungen, Schwindel nicht nur beim Aufstehen und torkelnden Gehen, sondern auch plötzlich im Sitzen, massive Schlafstörungen, Herzstolpern, Kraftlosigkeit, Belastungsintoleranz, Dauerkopfschmerzen und die Zunahme von Migräneattacken in Intensität und Häufigkeit.

Wie sind Sie damit umgegangen?

Dr. Schleifer: Pacing, Priorisieren, Planen, Positionieren. Ich übe und lerne jeden einzelnen Tag, mein Leben meinen Möglichkeiten anzupassen. Ich wähle meine Aktivitäten sorgfältiger aus, plane mehr Zeit ein und respektiere längere Erholungszeiten, um möglichst aktiv zu bleiben. Stützstrümpfe, Yoga, Singen im Chor sind meine Freunde, Geduld und Disziplin meine Begleiterinnen. Ich habe akzeptiert, dass es so ist. Statt Halbmarathon zu laufen, gehe ich jetzt spazieren. Ich liebe meinen Beruf. In diesem Jahr war meine Arbeitsfähigkeit stark reduziert, und ich werde herausfinden, ob mir eine Neuinfektion erspart bleibt und ich diese Leistungsfähigkeit erhalten oder doch ein klitzekleines Etwas steigern kann. Ich bin froh und dankbar über jeden Tag, den ich schaffe, etwas umzusetzen, was mir wichtig ist. Ich habe gelernt, dass zum Beispiel die Erholung meines Geruchs- und Geschmacksverlusts eher sechs bis acht Monate dauert und dennoch möglich ist. Es gibt jedes Mal eine sehr lange, unangenehme Phase der Ekelgerüche und -geschmäcker. Mein tägliches Riechtraining ist dann ein Achtsamkeitsritual, mit dem ich Zuversicht und Vorfremde auf die Momente mobilisiere, in denen doch wieder sinnvollere und angenehme Geruchs- und Geschmackserlebnisse möglich sein werden.

Hat Long-COVID etwas mit psychischer Labilität zu tun?

Dr. Schleifer: Ich denke, es ist sinnvoller, von Resilienz zu sprechen und



darüber nachzudenken, wie wir diese fördern können. Wir alle bewegen uns täglich auf dem Kontinuum zwischen labil und stabil, traurig und zuversichtlich, ängstlich und mutig. Dass Menschen auf schwere Erkrankungen zunächst mit Angst und Niedergeschlagenheit reagieren, sehe ich grundsätzlich als angemessene Reaktion. Habe ich durch einen Unfall ein Bein verloren, habe ich Klarheit und ich weiß, dass es nicht nachwachsen wird. Ich kann sofort beginnen zu lernen, mich dieser Veränderung anzupassen. Bei Long-COVID erleben die Menschen unter Umständen massive Einschränkungen und müssen zusätzlich mit der Unsicherheit über ihre Erholungsmöglichkeiten und ihren eigenen Beitrag dazu einen Umgang damit finden.

Wie können Sie als Psychologische Psychotherapeutin einem Long-COVID-Patienten helfen?

Dr. Schleifer: Psychotherapie ist eine bereits verfügbare Heilmethode, die menschliches Leid, hervorgerufen etwa durch Ängste und Depressionen, lindern kann und deren Wirksamkeit durch Forschung bestätigt ist. Von allen chronischen Erkrankungen kennen wir, dass es für die Betroffenen eine Herausforderung und ein Prozess ist, das Management ihrer Symptome zu erlernen, Vertrauen in ihre Selbstheilungskräfte zurückzugewinnen und aktiv und eigenverantwortlich ihr Leben im Sinne ihrer Werte und Vorstellungen zu gestalten. Dieser individuelle Prozess der Akzeptanz, des Umdenkens und der Flexibilität kann durch Psychotherapie unterstützt werden.

Warum wurde das Netzwerk Long-COVID ins Leben gerufen?

Dr. Gogoll: Das Netzwerk Long-COVID wurde ins Leben gerufen, nachdem sich abzeichnete, dass überlange Wartezeiten in der universitären Fachambulanz entstanden sind. Ein Großteil der Betroffenen

könnte auch in einem Netzwerk aus Haus- und Fachärzten versorgt werden, so dass die Wartezeiten für die Ambulanzen verkürzt werden. Da es hierzu einen erkennbar unerfüllten Bedarf an Weiterbildung gab, hatte das universitäre Netzwerkwerk der Fachambulanzen entsprechende fachspezifische Fortbildungen angeboten. Das Netzwerk Long-COVID führt diese in enger Absprache mit den Long-COVID-Ambulanzen, aber auch den Selbsthilfen fort.

Wenn Sie an das Netzwerk Long-COVID denken: Was sehen Sie als Ihre wichtigste Aufgabe innerhalb des Netzwerks an?

Dr. Schleifer: Die erste Anlaufstelle der Patienten mit Long-COVID-Beschwerden ist in der Regel der Hausarzt. Ärzte spielen eine entscheidende Vermittlerrolle in die Psychotherapie. Durch die Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeuten im Netzwerk können auf beiden Seiten Wissenslücken gefüllt und Erfahrungen ausgetauscht werden.

Wie arbeitet das Long-COVID-Netzwerk mit den Vereinen „Nicht-Genesen“ und „NichtGenesenKids“ zusammen?

Dr. Gogoll: Für die Versorgung der Patienten mit einem Post-COVID-Syndrom ist der Austausch mit den Betroffenenorganisationen sehr wichtig, das betrifft nicht nur die Leitlinienentwicklung, sondern auch die Netzwerkarbeit. Die Betroffenenorganisationen haben an den vergangenen Präsenzveranstaltungen aktiv teilgenommen. Von dem hierdurch entstandenen Austausch sollten beide Seiten profitieren. Ganz wichtig ist dabei, dass wir aus ärztlicher Sicht einen besseren Eindruck über die unerfüllten Bedürfnisse der Patienten bekommen. Andererseits soll aber auch vermittelt werden, dass wir dran sind. Manchmal kann der direkte Austausch auch etwas die Vehemenz, mit der die Diskussion geführt wird, nehmen.

Was sind die zukünftigen Pläne des Netzwerks?

Dr. Gogoll: Momentan sind wir mit der Charité dabei, die Versorgung schwer Betroffener zu untersuchen. Wir wissen bislang leider nur wenig über die absoluten Zahlen und die Bedarfe. Da uns das Thema in absehbarer Zeit weiter beschäftigen wird, haben wir zum direkten Austausch einen Qualitätszirkel (QZ) Long-COVID gegründet, der eine Ergänzung des Netzwerks für den persönlichen Austausch darstellen soll. Hier wird geklärt, wie mache ich es denn jetzt. Mit dem QZ und dem Netzwerk-Long-COVID stellen wir, ein gutes Angebot zur Weiterbildung zur Verfügung, denke ich. Sicher müssen schwer(st) Betroffene auch eine konsiliarische Betreuung in Spezialpraxen oder Universitätsambulanzen erhalten, die wesentliche Versorgung erfolgt aber über niedergelassene Kollegen. Hier könnten solche bezirksgebundenen Netzwerke auch hilfreich sein.

Was wäre in Zukunft aus Ihrer Sicht der ideale Umgang mit der Erkrankung Long-COVID?

Dr. Schleifer: Wir kennen postakute Infektionssyndrome und ME/CFS schon lange. Diese Erkrankungen haben bisher allerdings nicht so viel Aufmerksamkeit erhalten. COVID ist nur ein weiteres Virus, dass diese Syndrome oder chronischen Erkrankungen auslösen kann. Die Pandemie hat diese Erkrankungen in den Fokus gerückt und das Problembewusstsein vergrößert. Das ist jetzt eine Chance, Strukturen der interdisziplinären Zusammenarbeit aufzubauen. Wünschenswert wären Schwerpunktpraxen für postakute Infektionen, an die Hausärzte, die nicht mehr weiterkommen, ihre Patienten vermitteln können und wo diese Menschen zeitnah versorgt werden. So können die Hochschulambulanzen ihrem Forschungsauftrag zum Aufbau von evidenzbasiertem Wissen zur Diagnostik und Therapie nachkommen und werden nicht ungefiltert von Patienten überrollt.

Expertentreffen

Dritter Long-COVID-Kongress erstmals in Berlin

Auch in diesem Jahr organisierte der „Ärzte- und Ärztinnenverband Long-COVID“ einen deutschlandweiten Long-COVID-Kongress – diesmal mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums. Während der Verband im November 2022 und 2023 nach Jena ins Volkshaus einlud, war am Montag, 25. November 2024, das Tagungswerk in Berlin-Kreuzberg Ort des Geschehens. Die Präsenzplätze waren begehrt und schnell ausgebucht.

Im Long-COVID-Netzwerk der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin schaffte es nur Dr. Christian Gogoll als einer der beiden Leiter des Netzwerks, einen der Präsenzplätze im Tagungswerk Berlin zu ergattern. Die Mehrzahl der Mitglieder des Long-COVID-Netzwerks verfolgte die Veranstaltung per Livestream. Die meisten versuchten zumindest am Montagnachmittag, die Vorträge und Diskussionen zu verfolgen. Dr. Lucinde Schleifer, ebenso Leiterin des Netzwerks, sowie Hausärztin Petra Bajorat-Kolleger schauten nach der Vormittagssprechstunde gemeinsam mit Beratungsärztin Dr. Annette Dancau in den Räumlichkeiten der KV Berlin die Nachmittagsvorträge.

Weiter großer Forschungsbedarf

Während der Fokus in den vergangenen beiden Jahren auf Ursachenforschung, Therapieversuchen, Betrachtung und Einordnung der Erkrankung als somatische Erkrankung sowie Teilhabe lag, verlagerte sich dieser jetzt klar auf pragmatische Aspekte: Versorgungsstrukturen, Versorgungsforschung, Pathomechanismen – dies waren die Schwerpunkte des diesjährigen Long-COVID-Kongresses. Die Teilnahme war offen für alle: Ärzte, Psychotherapeuten, Experten und Wissenschaftler, Krankenkassenvertreter, Mitarbeiter des Gesundheitswesens, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden sowie Betroffene und Angehörige. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach sprach über eine Stunde und

beantwortete anschließend zahlreiche Fragen. Der Minister gab eine Risikoabschätzung künftiger Fallzahlen für Deutschland. Bei zehn Millionen Infektionen pro Jahr in Deutschland könnten bei einer Rate von ungefähr zwei Prozent circa 200.000 neue Long-COVID-Fälle pro Jahr hinzukommen. Die Einzelschicksale vieler Betroffener, aber nicht zuletzt diese Zahlen verdeutlichten den Forschungsbedarf auf diesem Gebiet, der nach wie vor besteht.

Er unterteilte Long-COVID in fünf Untergruppen:

1. nach ITS-Aufenthalt (PICS)
 - Addierung und Überschneidung von Symptomen
2. Endothelstörungen, inkl. Blut-Hirnschranke; Störungen des Proteintransports
 - kardial-kognitive Störungen
3. Immunologisch: Vorherrschen von ME/CFS; PEM
4. Patienten mit Grunderkrankungen
 - Verstärkung/Verschlechterung dieser
5. Patienten mit kumulativen Infekten
 - Langzeitschäden im Sinne von Schädigungen des Endothels mit Ablagerungsgefahr von Tau-Proteinen, Amyloiden, was die Entstehung einer Demenz begünstigen könnte

Pharmakologe Dr. Klaus Wirth stellte eine pathophysiologische Hypothese mit intrazellulärer Natrium-Überladung und konsekutiver Calcium-Überladung vor, was zur Umkehr der Natrium-Calcium-Pumpe führen würde. Die ent-

stehende mitochondriale Dysfunktion der Zellen sei fatal im Sinne von PEM und laufe konträr der Regenerationsfähigkeit der Zellen. An diese Stelle der Natriumüberladung könnte ein medikamentöser Ansatz wirksam sein. Prof. Uta Behrends und Prof. Ulrike Ravens-Sieberer betonten die Bedeutung der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit Long-COVID. Betroffene Kinder und Jugendliche mit Long-COVID zeigten signifikant höhere psychische Auffälligkeiten und psychosomatische Symptome und signifikant niedrige Werte bei der Einschätzung ihrer Lebensqualität.

Größerer Fokus

Prof. Carmen Scheibenbogen (siehe hierzu auch Seite 30 bis 32) und Dr. Judith Bellmann-Strobl stellten die Projekte ihrer Charité-Ambulanzen aus dem Themenraum „Versorgungsforschung“ vor und zeigten Synergien zwischen diesen einzelnen Projekten auf. Zur verbesserten Symptombehandlung wurde jüngst eine In-Label-Liste erstellt. Zudem betonten sie, dass unser Augenmerk allen postinfektiösen Zuständen gelten und nicht auf Long-COVID-Symptome beschränkt sein sollte. Die Schilderungen stellen lediglich Ausschnitte dar. Der Kongress war erneut ein beeindruckendes Erlebnis, gestaltet von vielen Experten, die sich für die Belange der Long-COVID-Betroffenen in höchstem Maße engagieren.

*Dr. med. Annette Dancau
Beratungsärztin der KV Berlin*

Gastbeitrag PAIS Care Berlin

Interdisziplinäre Versorgung für Long-COVID und andere Post Akut Infektiöse Syndrome

Zusammenfassung

Die medizinische Versorgung von Menschen mit Post-COVID-Syndrom (PCS) und mit anderen postakuten Infektionssyndromen (PAIS) stellt auch im fünften Jahr der Pandemie eine große Herausforderung dar, da es nur wenige Versorgungsstrukturen gibt, oft eine komplexe Diagnostik erforderlich ist und es an kurativen Therapien fehlt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dem Rechnung getragen und eine Richtlinie zur intersektoralen und interdisziplinären Versorgung von PCS- und ME/CFS-Patienten veröffentlicht. Im Rahmen des vom BMG geförderten Projekts PAIS Care Berlin wollen wir die Versorgung von Patienten mit PAIS in Berlin in Anlehnung an die G-BA-Richtlinie verbessern. In einem Stufenmodell vom Hausarzt über den Facharzt bis hin zur Hochschulambulanz und unter Nutzung bereits bestehender Berliner Strukturen (Post-COVID-Netzwerk Charité, Charité Fatigue Centrum, Long-COVID-Netzwerk der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin) sollen Betroffene möglichst von Beginn der Erkrankung an mit einem strukturierten Diagnostik- und Therapiekonzept versorgt und dessen Wirksamkeit evaluiert werden. Hausärzte spielen hierbei eine zentrale Rolle in der Rekrutierung und Koordination und sind in die Förderung miteingebunden. Die Ergebnisse von PAIS Care sollen der Verbesserung der Versorgung aller Betroffenen dienen.

Hintergrund

Auf der Grundlage bevölkerungsbezogener Studien aus England und den USA ist eine derzeitige Zahl von drei bis sechs Prozent PCS-Erkrankten nach Infektion mit SAR-CoV-2 eine realistische Schätzung (1,2)*. Viele der PCS-Patienten mit anhaltenden Symptomen nach einem halben Jahr entwickeln einen chronischen Verlauf (3,4). Ein Teil der Betroffenen leidet an der schweren Erkrankung Chronisches Fatigue Syndrom/Myalgische Enzephalomyelitis (ME/CFS, ICD G93.9) und dem Posturalen Tachykardie-Syndrom (POTS, ICDG90.80), die auch nach verschiedenen anderen Infektionen auftreten und bereits vor der Pandemie eine hohe Prävalenz aufwiesen (5,6,7). Nicht selten wird die Diagnose jedoch erst im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit gestellt.

Aktuelle prospektive Studien zeigen, dass PAIS inzwischen ähnlich häufig nach SARS-CoV-2 und anderen Infektionen auftritt (8). Der GBA hat dem Versorgungsproblem Rechnung getragen und kürzlich eine Richtlinie zur intersektoralen und interdisziplinären Versorgung von PCS- und ME/CFS-Patienten veröffentlicht (9).

Die Charité hat bereits 2018 ein Zentrum für Erforschung, Versorgung, Beratung und Fortbildung mit Schwerpunkt ME/CFS aufgebaut (Charité Fatigue Centrum, <https://cfc.charite.de>). Im Jahr 2021 wurde das Post-COVID-Netzwerk der

Charité (<https://pcn.charite.de>) mit zehn interdisziplinären Ambulanzen für Post-COVID gegründet mit einem Fortbildungsprogramm in engem Austausch mit dem Long-Covid-Netzwerk der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin, das ebenfalls 2021 aufgebaut wurde. Seit 2022 wird an der Charité auch die Nationale Klinische Studiengruppe NKSG für Therapiestudien bei ME/CFS und Post-COVID vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (https://cfc.charite.de/klinische_studien/nksg/). Die Herausforderungen und Folgen der Pandemie auf die Versorgung in hausärztlichen Praxen wurde seit 2020 durch das Institut für Allgemeinmedizin der Charité untersucht (10).

Das Projekt

Im Rahmen dieses Projekts wollen wir die Versorgung von Patienten mit PAIS, einschließlich PCS, ME/CFS und POTS, verbessern und besser strukturieren unter Nutzung der bereits bestehenden Strukturen für die interdisziplinäre, multimodale und sektorübergreifende PAIS-Betreuung (Allgemein- und Fachärzte, KV Berlin, Hausärzterverband Berlin, Psychotherapeuten, spezialisierte Zentren der Charité, Unterstützungsstrukturen). Gleichzeitig werden wir die Effizienz der Versorgungswege und Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen evaluieren. Darüber hinaus sollen in diesem Projekt bisher nicht-existierende Versorgungsmodelle für schwerstbetroffene

*Die Zahlen in Klammern weisen auf Literaturhinweise hin. Siehe dazu Infokasten Seite 32.

Patienten, telemedizinische Psychotherapie, Physiotherapie-Netzwerk und Langzeitversorgungsstrukturen für Patienten mit PAIS aufgebaut und evaluiert werden.

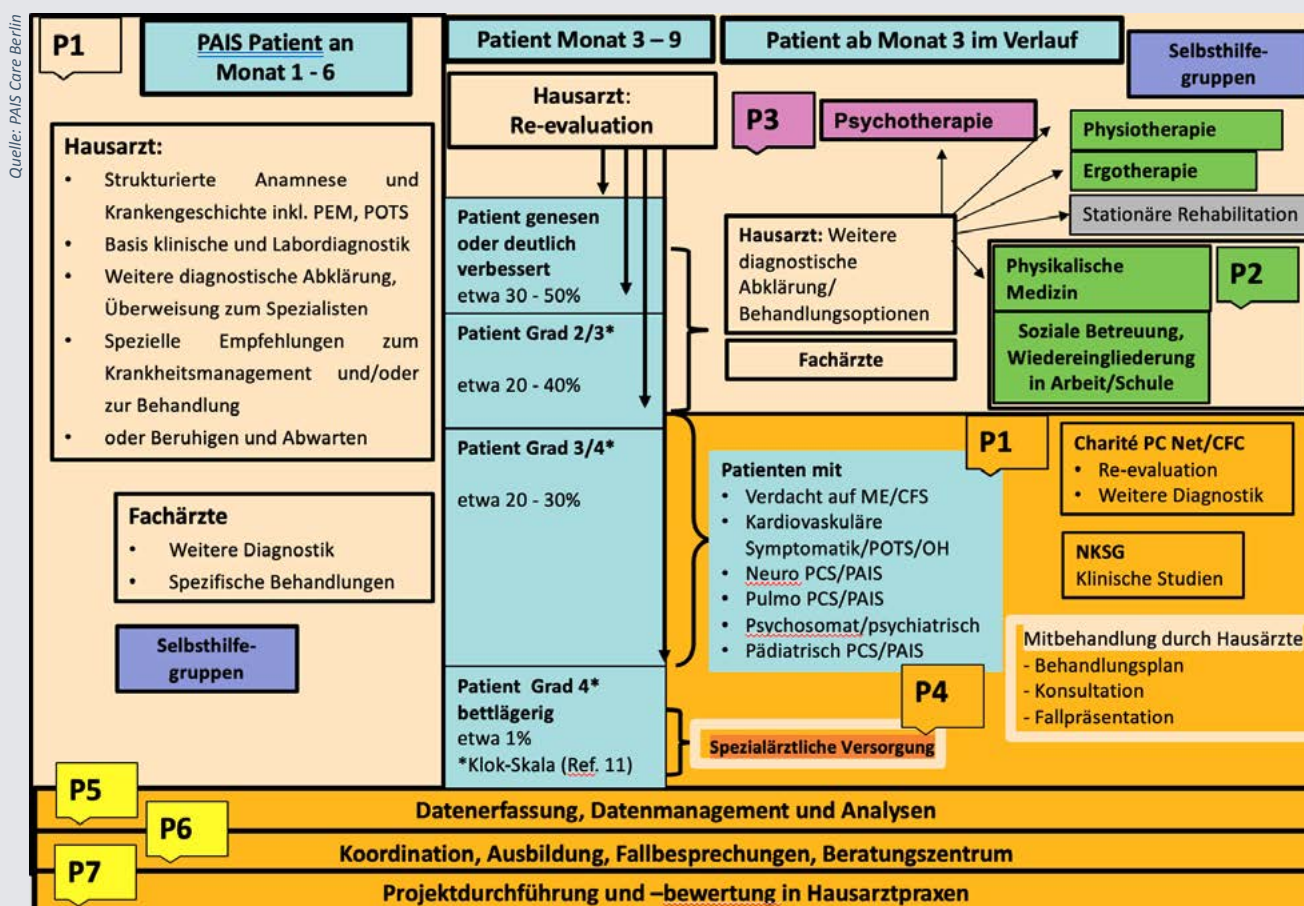
Die Patienten werden ab dem frühen Beginn der Krankheit bei anhaltenden Symptomen von vier Wochen bis sechs Monate nach der Infektion bei der Erstvorstellung in der hausärztlichen Praxis erfasst, wo diagnostische und therapeutische Maßnahmen eingeleitet und koordiniert werden. Anamnese, Diagnostik und die Behandlung sollen auf der Grundlage der aktuellen Erkenntnisse standardisiert erfolgen mit der Möglichkeit der zeitnahen Überweisung ungewöhnlicher, schwerer oder komplexer Fälle an die sechs beteiligten Hochschulambulanzen. Hier erfolgt die weitergehende Diagnostik und Therapie und nach Möglichkeit auch ein Angebot zur Teil-

nahme an Therapiestudien der NKSG. Auch die Einbindung von Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen ist ein wichtiger Bestandteil der Versorgung.

Die Evaluierung unseres Projekts wird sich auf die Nutzung der an der Charité während der COVID-19-Pandemie eingerichteten Infrastruktur stützen. Untersucht werden die epidemiologischen Daten, der Krankheitsverlauf, die Patientenpfade, das Ansprechen auf die Behandlung, die von den Patienten berichteten Ergebnisse (PREMS und PROMS, patient reported outcome and experience measures), objektive Krankheitsmaße, die Rückkehr an den Arbeitsplatz sowie die Zufriedenheit der Patienten und Ärzte. Objektive Maße für die funktionelle Leistungsfähigkeit der Patienten werden durch ein tragbares Gerät zur Messung von Schritten und Aktivität

ermöglicht. Patienten mit ME/CFS werden auch in das multizentrische ME/CFS-Register aufgenommen.

Das Ziel von PAIS Care ist auch der Ausbau und die bessere Verknüpfung bestehender ambulanter Strukturen in der haus- und fachärztlichen Versorgung und den Hochschulambulanzen zu einem Modell für ein nachhaltiges interprofessionelles, effizientes Versorgungsnetzwerk für die Diagnose, Behandlung und das Management von PAIS-Patienten. Das Konzept der gemeinsamen Versorgung beinhaltet eine engere Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen allen Disziplinen, die an der Versorgung der PAIS-Patienten beteiligt sind, sowie regelmäßige Fortbildungen und Fallkonferenzen. Nationale Leitlinien sowie die Richtlinie des GBA für die PCS- und PAIS-Versorgung und unsere praktischen Erfahrungen werden



Struktur von PAIS Care Berlin: P1 Sektorenübergreifende, interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung. P2 Physikalische Medizin mit Physiotherapie, Ergotherapie, Atemtherapie, digitalen Modulen für Selbstmanagement und Wiedereingliederung in den Beruf. P3 Telemedizinische psychotherapeutische Versorgung. P4 Sektorenübergreifende interdisziplinäre Versorgung von schwer betroffenen Patienten. P5 Evaluierung. P6 Koordinations-, Ausbildungs- und Beratungsstelle. P7 Management der Projektdurchführung in Hausarztpraxen und Prozessevaluation.

die Gestaltung und Umsetzung dieses Projekts leiten (9, 11-13). Von den 2.600 Hausarztpraxen in Berlin wollen wir 100 Hausarztpraxen für die Zusammenarbeit gewinnen, um ein PAIS-Care-Netzwerk aufzubauen. Des Weiteren sollen Psychotherapeuten gewonnen werden, die in einer strukturierten videobasierten Sprechstunde und unter Supervision schwererkrankte Patienten behandeln und unterstützen. Teilnehmende Ärzte und Therapeuten erhalten Angebote zur standardisierten Diagnostik und Therapie, eine zusätzliche Vergütung und Unterstützung bei der Evaluation. Es werden zu Beginn des Projekts praktische Leitfäden für die Diagnostik und Therapie entwickelt, die regelmäßig aktualisiert werden. Insgesamt sollen 3.000 Patienten mit wahrscheinlicher PAIS über einen Zeitraum von drei Jahren eingeschlossen werden.

Für die Therapie gibt es spezielle Angebote. Im Modul 2 erfolgt durch Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin eine Funktionsdiagnostik und Bewertung zur Erstellung einer individualisierten physiotherapeutischen Behandlungsplanung. Die Bereitstellung von unterstützenden videobasierten Übungsprogrammen und der Aufbau eines PAIS-Physiotherapeuten-Netzwerks sind weitere wichtige Bestandteile. Des Weiteren ist geplant, eine effektive Rehabilitation für PAIS durch individualisierte ambulante Strukturen und Return-to-Work-Konzepte mit besonderem Fokus auf Belastungsintoleranz zu gestalten. Im Modul 3 wird eine auf die Bedürfnisse des Patienten, einschließlich kulturspezifischer und diversitätssensibler Aspekte, zugeschnittene Psychotherapie angeboten, und beinhaltet auch Themen im Zusammenhang mit einer schweren, chronischen und potenziell behindernden Krankheit und die Auseinandersetzung mit negativen Zuschreibungen und Reaktionen im sozialen Umfeld. Bei Belastungsintoleranz und Post-exertioneller Malaise (PEM) erfolgt eine Anleitung zum Prinzip des Pacing (14). In Modul 4 wird eine Struktur

für die Versorgung Schwerstkranker mit häuslicher Diagnostik durch PAIS-Spezialisten unseres Konsortiums aufgebaut. Angestrebt wird die Implementierung eines umfassenden Pflege- und Therapiekonzepts, das in Abstimmung mit dem behandelnden Hausarzt umgesetzt wird. In Fällen, in denen eine ergänzende Diagnostik notwendig ist, kann eine stationäre Aufnahme in der Klinik für Neurologie der Charité am CBF unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten erfolgen.

Für die Evaluation wird Patienten bei Einschluss über die hausärztlichen Praxen eine Studien-ID (Code) zugewiesen. Die Daten der Patienten werden mit Hilfe von standardisierten Formularen und Fragebögen in einer digitalen Datenbank erfasst, die eine einfache, aber sichere Dateneingabe ermöglicht, die direkt von den Patienten vorgenommen werden kann. Die Eingabe der medizinischen Daten erfolgt durch die Hausarztpraxen oder Studienassistenten. Die endgültige Datenbank ist so konzipiert, dass sie einen vollständigen Überblick über die Symptome, Diagnosen, Diagnostik, Behandlungen und Verläufe der im Rahmen von PAIS Care betreuten und behandelten Patienten ab dem Zeitpunkt des Einschlusses bis zum Ende der Nachbeobachtung bietet. Damit können der klinische Verlauf von PAIS-Patienten ab Krankheitsbeginn charakterisiert und Faktoren identifiziert werden, die mit Ansprechen auf Therapie, Genesung beziehungsweise Chronifizierung assoziiert sind. Durch die langfristige Erhebung und Analyse der Daten sollen im Rahmen der personalisierten Medizin auch individualisierte Präventions- und Therapieansätze entwickelt werden.

Ausblick

Aufbauend auf unseren bisherigen Erfahrungen und den in diesem Projekt gewonnenen Erkenntnissen und wissenschaftlichen Belegen werden wir ein Konzept für eine zukunftsweisende und nachhaltige, effiziente, sektorübergreifende Diagnostik, Therapie

und Rehabilitation und dadurch eine gerechte und zugängliche Versorgung für PAIS in einer städtischen Region entwickeln können. Das Konzept muss auch eine flexible Anpassung an die verbesserten Möglichkeiten der Diagnose, Behandlung und Prävention von PAIS in den kommenden Jahren ermöglichen. Die Ergebnisse dieser Studie werden regelmäßig in Fortbildungen, auf wissenschaftlichen Tagungen und bei öffentlichen Veranstaltungen vorgestellt und in Laien-, Fachzeitschriften und Presse veröffentlicht und auch der Information von Krankenkassen und Gesundheitspolitik dienen. In einem weiteren vom Innovationsfond geförderten Projekt PAIS Berlin wird die aktuell bestehende Versorgungslage von Patienten analysiert, um auch hierüber Grundlagen für eine Verbesserung der ambulanten universitären und hausärztlichen Versorgung zu schaffen.

País Care Berlin

Hinweis: Den vollständigen Artikel inklusive der Literaturhinweise (im Text in Klammern) sowie eine Auflistung der Projektbeteiligten finden Sie unter dem QR-Code.



Für die Versorgung von Patienten mit Verdacht auf oder mit Long-COVID werden zum 1. Januar 2025 mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben im Dezember im Bewertungsausschuss einen entsprechenden Beschluss gefasst und die Vergütung festgelegt.





THE NEW X3



Abbildung zeigt Sonderausstattungen.

DER NEUE BMW X3.

Erleben Sie ein Multitalent für Alltag, Reisen und Freizeit. Denn mit einer neuen Designsprache und hochwertigen Materialien macht der neue BMW X3 jeden Tag zu einem ganz individuellen Abenteuer. Der BMW X3 ist als hocheffizienter Verbrenner sowie als innovativer Plug-in-Hybrid erhältlich.

BMW X3 20 xDrive, Neuwagen, Alpinweiß uni, 18" LM-Räder Y-Speiche 921, 8-Gang Steptronic Automatikgetriebe mit Schaltwippen, xDrive Allradsystem, Komfortzugang, Sportsitze mit Sitzheizung vorne, Ambientes Licht, BMW Live Cockpit Plus mit BMW Curved Display, Parking Assistant inkl. Rückfahrkamera, Driving Assistant uvm.

Leasingbeispiel der BMW Bank GmbH für Gewerbekunden (36 Monate/5.000 km p.a.):

Fahrzeugpreis:	48.655,46 EUR	Leasingsonderzahlung:	0,00 EUR
Gesamtpreis:	17.964,00 EUR	36 monatliche	
Mehr-/Minder-km:	7,30/4,87 Ct.	Leasingraten à:	499,00 EUR

Energieverbrauch & CO₂-Emissionen: WLTP Energieverbrauch kombiniert: 6,9 l/100 km; WLTP CO₂-Emissionen kombiniert: 156 g/km; CO₂-Klasse: F; Leistung: 153 kW (208 PS); Hubraum: 1.998 cm³; Kraftstoff: Benzin; Abbildungen zeigen Sonderausstattungen.

RILLER & SCHNAUCK

 bewegt

www.riller-schnauck.de
kontakt@riller-schnauck.de

Riller & Schnauck GmbH

Berlin
Hindenburgdamm 68
Tel.: +49 30 790095-0

Teltow
Warthestraße 3
Tel.: +49 3328 442-0

Probefahrt
vereinbaren:



Unverbindliches Leasingbeispiel der BMW Bank GmbH, Lilienthalallee 26, 80939 München. Gültig bei Kauf bis 31.03.2025, solange der Vorrat reicht. Dieses Beispiel gilt nicht für Verbraucher. Es richtet sich ausschließlich an selbstständige und gewerbliche Kunden. Alle Beträge netto zzgl. MwSt. Zzgl. Transport- und Zulassungskosten. Bonität vorausgesetzt. Nach den Leasingbedingungen besteht die Verpflichtung, für das Fahrzeug eine Vollkaskoversicherung abzuschließen. Wir vermitteln Leasingverträge ausschließlich an die BMW Bank GmbH, Lilienthalallee 26, 80939 München. Abbildung zeigt Sonderausstattungen. Irrtümer, Änderungen und Druckfehler vorbehalten. | Die Informationen zum Energieverbrauch erfolgen gemäß der Pkw-Energieverbrauchskennzeichnungsverordnung (Pkw-EnVKV). Die angegebenen Werte wurden nach dem vorgeschriebenen Messverfahren WLTP (Worldwide harmonised Light-duty vehicles Test Procedures) ermittelt. Weitere Informationen zum Messverfahren finden Sie unter www.bmw.de/wltp

Ampel-Aus

Wie geht es weiter?





NEUWAHLEN
AM 23. FEBRUAR 2025

A billboard with a grey background and a dark grey border. It is supported by a dark grey pillar. Three small black light fixtures are mounted on top of the billboard. The text is centered on the billboard.

Nach dem Ampel-Aus

Wohin führt der Weg der Gesundheitspolitik?

Absehbar und dennoch etwas überraschend kam Anfang November das Aus der Ampelkoalition. Das Ende der Regierung wirkt sich entsprechend auf die unterschiedlichen Bereiche der Gesellschaft aus. In der Gesundheitspolitik sind Ende November noch einige wichtige Entscheidungen gefallen, so manches Gesetz bleibt nun aber zunächst auf der Strecke. Die Frage, die sich jetzt zwangsläufig stellt: Wie geht es weiter? Was wird aus den jüngst verabschiedeten Gesetzen? Welche der sich noch in der Pipeline befindlichen Gesetze werden von einer neuen Regierung weitergetragen und umgesetzt?

Am 8. Dezember 2021 wurde Prof. Dr. Karl Lauterbach als Bundesgesundheitsminister der Ampel-Regierung vereidigt. Lauterbach war zuvor bereits in aller Munde und hatte sich medial oft als Experte zum Thema Corona dargestellt. Angetreten war der gebürtige Rheinländer mit dem Ziel, das Gesundheitssystem während seiner Amtszeit zu stärken und es robuster zu machen. Die Agenda der damaligen Ampelpartner sah vor, Lehren aus der Pandemie zu ziehen und eine moderne, sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik einzuleiten. Außerdem sollten regelhaft telemedizinische Leistungen ermöglicht, die Notfallversorgung reformiert und Krankenhäuser modernisiert werden.

Nach rund drei Jahren und dem vorzeitigen Aus der Regierung kann festgehalten werden: Die wichtigsten Ziele wurden nicht erreicht! Von den geplanten beziehungsweise angestoßenen Gesetzesinitiativen wurden einige verabschiedet und sind in Kraft getreten, andere wiederum befinden sich derzeit noch am Anfang des Entstehungsprozesses.

Quo vadis Gesundheitspolitik?

Das Titelthema widmet sich der aktuellen politischen Lage und zeigt zum einen auf, was in den vergangenen Jahren gesundheitspolitisch umgesetzt wurde – und was nicht. Zum anderen wirft es auch einen Blick in die Zukunft und hinterfragt, was die Parteien planen und bei

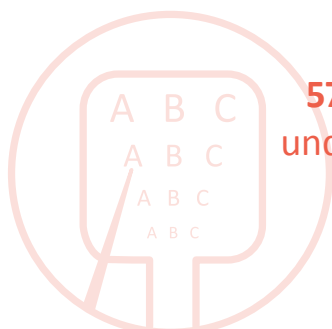
61 % der Ärzte und Psychotherapeuten überlegen, früher in den Ruhestand zu gehen.



einer möglichen Regierungsbeteiligung anstreben wollen. Im Interview zieht der KV-Vorstand ein Fazit zu den vergangenen Jahren und erläutert, welche Themen eine neue Regierung dringend angehen muss.

Ein Blick in den Koalitionsvertrag brachte bereits 2021 Ernüchterung für den ambulanten Bereich: Der ambulante Sektor fand schon dort kaum Beachtung. In den Plänen Lauterbachs und in den zahlreichen Gesetzesinitiativen wurden die Niedergelassenen eigentlich nur

57 Millionen Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchungen pro Jahr.



beim Thema Entbudgetierung mitgedacht – bekanntermaßen ist diese im Rahmen des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes nicht mehr verabschiedet worden. Hier ist nun fraglich, wann das vor Jahren getroffene Versprechen des scheidenden Bundesgesundheitsministers eingelöst wird.

Bedeutung der ambulanten Versorgung

Nicht wirklich bedacht, aber dennoch betroffen von den Auswirkungen durch die geplanten – und zum Teil verabschiedeten – Gesetze waren die Niedergelassenen dann doch.

Sei es durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, das für die Streichung der Neupatientenregelung und bundesweit für Empörung im ambulanten Bereich sorgte, oder die kürzlich verabschiedete Krankenhausreform, bei der befürchtet werden muss, dass der stationäre Sektor zulasten der ambulanten Strukturen „sanziert“ wird.

Der Stellenwert des ambulanten Sektors schien in den vergangenen Jahren nicht sonderlich hoch gewesen zu sein. Dabei halten die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten die Versorgung täglich aufrecht – laut Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gibt es jährlich über eine Milliarde Arzt-Patienten-Kontakte. Und schaut man auf den demografischen Wandel, werden es perspektivisch nicht

89 % der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten finden das Thema ambulante ärztliche Versorgung wichtig.



51 % der gesetzlich Krankenversicherten sagen, dass das Thema wohnortnahe Versorgung durch Arztpraxen ihre Wahlentscheidung beeinflusst.

weniger. Die Arztzeit, beziehungsweise die Zeit, die Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht, wird durch eine alternde Ärzteschaft und flexible Arbeitszeitmodelle mit Anstellung und Teilzeit weniger, die alternenden und multimorbiden Patientinnen und Patienten mehr.

Auf eine neue Regierung warten viele Baustellen, die hinterlassen wurden. Auf der Doppelseite 38/39 finden Sie eine Übersicht zu den „Lauterbach’schen Gesetzen“ aus seiner Amtszeit und dem jeweiligen Status. Wie geht es jetzt weiter? Kann eine neue Regierung diese

verfahren Situation lösen? Die KV Berlin wird die Entwicklungen genauestens beobachten und ihre Forderungen weiterhin konsequent bei den politischen Entscheidungsträgern platzieren.

bic



88 % der Ärzte und Psychotherapeuten sagen, dass die derzeitigen Digitalisierungsmaßnahmen ihren Praxisablauf beeinträchtigen.

Positionspapier der KBV zu Bundestagswahl 2025

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ein Positionspapier an eine künftige Regierung formuliert. Darin geht es unter anderem um die Durchbrechung des Stillstandes, den die Politik der vergangenen Jahre bewirkt hat, um eine ehrliche Problemlösung und um eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens.

Die sechs zentralen Forderungen:

1. Selbstverwaltung als tragende Säule des Gesundheitswesens
2. Das Gesundheitswesen braucht eine verlässliche Gesundheitspolitik
3. Sicherung einer angemessenen Finanzierung als Investition in die Zukunft des Gesundheitswesens
4. Gute Medizin braucht gute Rahmenbedingungen und praxistaugliche Digitalisierung
5. Mehr Steuerung und Orientierung in unserer Versorgung
6. Leistung im Gesundheitswesen muss sich lohnen

Das vollständige Papier der KBV „Unsere Forderungen zur Bundestagswahl zur 21. Legislaturperiode – Zum Erhalt des Sozialstaates und einer modernen und zeitgemäßen ambulanten medizinischen Versorgung“ finden Sie hier:



Quelle Zahlen: KBV

Die Lauterbach'schen Gesetze

Gesetz
Gesetz zur Neufassung der Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung
Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen
Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19
Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (Trinkwasser)
Zweites Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (Triage)
Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung
Gesetz zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze
Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)
Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln
Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften
Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (GDNG)
Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens
Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz
Gesetz zur Reform der Notfallversorgung
Gesetz für eine Apothekenhonorar- und Apothekenstrukturreform
Gesetz zur Stärkung der Herzgesundheit
Gesetz zur Änderung des Konsumcannabisgesetzes und des Medizinal-Cannabisgesetzes
Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)
Gesetz über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung
Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz
Gesetz zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit
Drittes Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende und weitere Änderungen
Gesetz zur Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit
Medizinforschungsgesetz (MFG)
Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen
Gesetz zur Stärkung der nationalen Suizidprävention

Fazit: In der Amtszeit von Minister Lauterbach sind zwar einige Gesetze in Kraft getreten, doch die großen Gesetze sind ausgeblieben! Die Gesetze, von denen die ambulante Versorgung direkt betroffen ist, sind überwiegend noch im Gesetzgebungsverfahren.



	Status		Bedeutung für die ambulante Versorgung
→	Diskussionsentwurf	●	keine direkten Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	keine direkten Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	teilweise Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	direkte Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	keine direkten Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	keine direkten Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	keine direkten Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	keine direkten Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	keine direkten Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	keine direkten Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	keine direkten Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	teilweise Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	keine direkten Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	teilweise Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	direkte Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	keine direkten Auswirkungen
→	Referentenentwurf	●	direkte Auswirkungen
→	Referentenentwurf	●	teilweise Auswirkungen
→	Referentenentwurf	●	teilweise Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	keine direkten Auswirkungen
→	1. Durchgang Bundesrat	●	direkte Auswirkungen
→	1. Lesung Bundestag	●	keine direkten Auswirkungen
→	Referentenentwurf	●	keine direkten Auswirkungen
→	1. Durchgang Bundesrat	●	teilweise Auswirkungen
→	1. Durchgang Bundesrat	●	teilweise Auswirkungen
→	1. Lesung Bundestag	●	teilweise Auswirkungen
→	in Kraft getreten	●	keine direkten Auswirkungen
→	tritt 2025 in Kraft	●	direkte Auswirkungen
→	Referentenentwurf	●	keine direkten Auswirkungen

Stand: 13.12.2024. Kein Anspruch auf Vollständigkeit.
 Quelle Gesetz: Bundesministerium für Gesundheit,
www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen.html

Interview mit dem KV-Vorstand

„Das Vertrauen in die Politik hat stark gelitten“

Die Ampelkoalition ist gescheitert, zeitnah bildet sich eine neue Regierung. Zeit, auf die zurückliegenden Jahre zu blicken, aber auch vor auszuschauen: Was lief gut? Was sollte eine neue Regierung zeitnah in Angriff nehmen? Und wo liegen die größten Baustellen im Gesundheitswesen? Im Gespräch mit dem KV-Blatt erläutert der KV-Vorstand, Dr. Burkhard Ruppert, Dr. Christiane Wessel und Günter Scherer, welche Maßnahmen die neue Regierung vorrangig angehen sollte.

Die Regierung ist am Ende, Neuwahlen stehen in Kürze an. Wie fällt das Fazit zur scheidenden Regierung aus?

Dr. Burkhard Ruppert: Mit einem Wort: enttäuschend. In den vergangenen Jahren wurde viel geredet, einiges auf die Agenda geschrieben – am Ende ist dann aber wenig dabei herumgekommen. In den zahlreichen Gesetzesvorhaben waren durchaus gute Ansätze dabei, die Umsetzung allerdings warf oftmals Fragen auf. In einer ohnehin schon angespannten Situation im Gesundheitswesen wächst die Frustration durch solch ein politisches Handeln, wie das der scheidenden Regierung, weiter.

Dr. Christiane Wessel: Im Bereich der Digitalisierung ist mit dem Digital-Gesetz immerhin ein sehr wegweisendes Gesetz in Kraft getreten, das die Versorgung zukunftsfähig machen und die Arbeit in den Praxen durchaus erleichtern kann. Die Umsetzung allerdings war auch hier bedenklich. Zukünftig muss eine mit der Brechstange eingeführte Pflicht digitaler Anwendungen und die Androhung von Sanktionen ein Ende nehmen!

„Der ambulante Bereich trägt die Hauptlast in der medizinischen Versorgung – das sollte seitens der Politik endlich auch mal anerkannt werden!“



Foto: Yves Sucksdorff

Dr. Burkhard Ruppert

Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, seit 2017 im Vorstand der KV Berlin und seit Januar 2021 deren Vorstandsvorsitzender.

Günter Scherer: Man denke an das Finanzstabilisierungsgesetz – ein Gesetz, das Regelungen außer Kraft setzte, die zuvor noch für gut befunden wurden. Es wurden Nachfolgeregelungen mit Zuschlägen bei der Vergütung der TSS-Fälle eingeführt. Zum Jahresende gab es tatsächlich noch Änderungsanträge bezüglich einer Bereinigung für diese extrabudgetären Vermittlungsfälle – das ist doch an Dreistigkeit und Verlogenheit nicht mehr zu überbieten! Was in den vergangenen Jahren gefehlt hat, ist eine grundlegende, große Reform.

Sie sprechen die umstrittene Streichung der Neupatientenregelung 2022 an.

Scherer: Diese Maßnahme hat damals schon gezeigt, dass auf die Politik kein Verlass ist! Für die Ärztinnen und Ärzte bedeuten solche Handlungen Unsicherheit und fehlende Planbarkeit.

Dr. Ruppert: Abgesehen davon auch pure Frustration. Das Vertrauen in die Politik hat sehr stark gelitten in den vergangenen Jahren. Zuletzt durch die nicht umgesetzte Entbudgetierung, die Herr Lauterbach bereits vor Jahren versprochen hatte. Diese ist dringend notwendig und sollte auf der Agenda der neuen Regierung ganz oben stehen. Praxen müssen ihre Leistungen endlich angemessen vergütet bekommen!

Was muss neben der Entbudgetierung außerdem auf der Agenda stehen?

Dr. Ruppert: Eine intelligente Patientensteuerung. Durch das noch vom Bundesrat verabschiedete Krankenhausgesetz oder die geplante Notfallreform werden Patientinnen und Patienten Versorgungsangebote unterbreitet, die vollkommen unrealistisch sind. Eine ungesteuerte Versorgung auf allen Ebenen rund um die Uhr ist von den ambulanten Ärztinnen und Ärzten neben der Regelversorgung aus unterschiedlichen Gründen nicht zu leisten.

Scherer: Es ist personell nicht machbar, aber auch finanziell sind diese zusätzlichen Leistungen – wie sie von der Politik zugesagt werden – nicht umsetzbar. Der ambulante Notdienst ist ohnehin seit Jahren defizitär, wie sollen die Leistungen dann noch weiter ausgebaut werden? Hier fordern wir, dass der ambulante Sektor, ebenso wie der stationäre, Vorhaltpauschalen finanziert bekommt. Diese sind für die Leitstelle, den fahrenden Dienst und die Betreuung der Notdienstpraxen notwendig.

Dr. Wessel: Diese falschen Versprechungen sind absolut nicht hilfreich, die Unzufriedenheit und die Frustration in der Ärzteschaft und bei den Patientinnen und Patienten wachsen dadurch nur noch weiter.



Dr. Christiane Wessel

Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe, seit Februar
2023 stellvertretende
Vorstandsvorsitzende der KV Berlin.

Kann die geforderte Patientensteuerung die alleinige Lösung sein?

Dr. Ruppert: Nein. Es geht hier auch um das Bewusstsein der Menschen, dass nicht jede Leistung, jederzeit verfügbar sein kann. Der Anspruch muss ein anderer werden. Auch die Inanspruchnahme von Arztterminen, die dann letztlich gar nicht notwendig gewesen wären, könnte reduziert werden. Hier muss die Bevölkerung sensibilisiert werden.

Scherer: Die Politik hat diese sogenannte Flatrate-Mentalität in den vergangenen Jahren eher noch befeuert. Die Umsetzung solcher Leistungssteigerungen ist aus unserer Sicht absolut realitätsfern.

Dr. Wessel: Hier muss die Politik ansetzen und der Bevölkerung bereits frühzeitig etwas vermitteln, was bei älteren Generationen vorhanden ist, an die Jüngeren aber nicht mehr weitergegeben wird: Gesundheitskompetenz und Gesundheitssystemkompetenz. Eine Patientensteuerung liegt also auch am Patienten selbst.

Die Herausforderungen werden nicht weniger. Was wird in den kommenden Jahren aus Ihrer Sicht die ambulante Versorgung maßgeblich beschäftigen?

Dr. Wessel: Man muss sich nur die Demografie unseres Landes ansehen. Eine rapide alternde Gesellschaft, mit einer älter werdenden Bevölkerung, und damit einer zunehmenden Morbidität, bei der der Bedarf an ärztlicher Versorgung steigt. Gleichzeitig eine alternde Ärzteschaft, bei der viele Kolleginnen und Kollegen in absehbarer Zeit in den Ruhestand gehen werden. Das heißt letztlich: Mehr Patienten stehen weniger Ärzten gegenüber. Und es macht die Finanzierbarkeit dieser angepriesenen All-inclusive-Versorgung auch unmöglich. Eine alternde Gesellschaft bringt weniger Beitragszahler hervor. Der Gesundheitsfonds wird dementsprechend nicht größer – die Ausgaben aber steigen. Zweckentfremdungen wie durch den sogenannten Transformationsfonds im Zuge der Krankenhausreform machen es nicht besser. Bei der Krankenhausreform erwarten wir von einer neuen Regierung ohnehin umgehend Nachbesserungen.

„Der ambulante Sektor spielt in den Überlegungen der politischen Entscheider nur eine untergeordnete Rolle. Ob wir in den Wahlprogrammen der Parteien überhaupt vorkommen? Wir sind da sehr skeptisch.“

Die KV Berlin hatte in der Vergangenheit ja mehrfach die Ungleichbehandlung von stationärem und ambulatem Sektor kritisiert. Können Sie dies konkretisieren?

Dr. Ruppert: Der ambulante Sektor muss endlich mitgedacht werden! Nehmen wir die Krankenhausreform direkt als Beispiel. Durch das Gesetz werden Krankenhäuser zu Konkurrenten des ambulanten Versorgungsbereichs. Die wirtschaftlichen Grundbedingungen sind im stationären Bereich besser, hinzu kommt dann die Querfinanzierung von zumeist defizitären stationären Einrichtungen durch ambulante Leistungen.

Scherer: Insbesondere was die Finanzierung angeht, kann man hier von einer Ungleichbehandlung sprechen. Während Krankenhäuser durch staatliche Investitionen und einen Transformationsfonds unterstützt werden, bleiben Praxen auf den wachsenden Kosten, wie steigende Mieten und Personalkosten, allein sitzen. Ein klarer Wettbewerbsnachteil!

Dr. Wessel: Bei all den Gesetzesinitiativen, die der Gesetzgeber in den vergangenen Monaten auf den Weg gebracht hat, sieht man eines deutlich: Der ambulante Sektor spielt in den Überlegungen der politischen Entscheider nur eine untergeordnete Rolle. Ob wir in den Wahlprogrammen der Parteien überhaupt vorkommen? Wir sind da sehr skeptisch. Die Niedergelassenen kamen in den Vorhaben von Herrn Lauterbach einzig im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz vor – und dieses ist nicht in Kraft getreten.

Was muss von der Politik kommen, damit eine Gleichbehandlung hergestellt wird?

Dr. Ruppert: Die ambulante Versorgung mit ihren Akteuren muss endlich den Stellenwert im politischen Denken einnehmen, den sie verdient. Die Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie deren Praxisteams versorgen tagtäglich ihre Patientinnen und Patienten und halten auch in Ausnahmesituationen die Versorgung aufrecht. In Berlin fallen jährlich insgesamt etwa 30 Millionen Behandlungsfälle an, um die sich die Praxen kümmern. Im Vergleich dazu sind es im stationären Bereich rund 750.000 Behandlungsfälle im Jahr. Der ambulante Bereich trägt somit die Hauptlast der medizinischen Versorgung – das sollte seitens der Politik endlich auch mal anerkannt werden!

Dr. Wessel: Die mangelnde Wertschätzung ist ja schon seit Jahren spürbar. Man sieht es auch darin, dass die ambulant Tätigen bei ge-

planten Gesetzen außen vor gelassen werden. Eine geplante Änderung des Strafgesetzbuches zum Schutz bestimmter Berufsgruppen beispielsweise muss unbedingt auch um Ärzte, Psychotherapeuten und die Praxismitarbeitenden erweitert werden. Die Frustration bei den Patienten wächst, die Gewaltbereitschaft in den Praxen nimmt zu. Praxisteams müssen genauso geschützt werden wie Rettungskräfte.

Scherer: Alles in allem wird die Niederlassung nicht attraktiver. Die jahrzehntelange Budgetierung, den Praxisalltag erschwerende Reglementierungen und permanent steigende Patientenzahlen sorgen für maximal schlechte Bedingungen. Hier muss die Politik unbedingt was tun.

Auf die Politik warten also viele Baustellen. Was würden Sie sich für die kommenden Jahre für die Zusammenarbeit mit den politischen Entscheidern wünschen?

Dr. Ruppert: Was wir uns wünschen und was die Ärzteschaft braucht, ist Verlässlichkeit. Das verlorene Vertrauen der vergangenen Jahre muss wiederaufgebaut werden. Planbarkeit für die Ärztinnen und Ärzte und die Selbstverwaltung – damit die gesundheitliche Versorgung weiterhin sichergestellt werden kann.

Dr. Wessel: Einen Dialog auf Augenhöhe. Dass die Selbstverwaltung gehört wird und der Sach- und Fachverstand Anerkennung finden.

Scherer: Ich erwarte eine echte Struktur ohne falsche und unrealistische Versprechungen – es bleibt abzuwarten, wie das Ganze finanziert wird. *bic*



Foto: Yves Sucksdorff

Günter Scherer

Jurist, seit 2017 Mitglied des Vorstands der KV Berlin.

„Praxen bleiben auf den wachsenden Kosten, wie steigende Mieten und Personalkosten allein sitzen. Ein klarer Wettbewerbsnachteil!“

Bundestagswahl

Position der KV Berlin

Im Februar steht die vorgezogene Bundestagswahl an. Damit sind auch die noch offenen Gesetzesvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zunächst vom Tisch. Auf die neue Regierung mit neu zusammengesetzten Ministerien warten in allen Bereichen der Gesellschaft herausfordernde Aufgaben. Im Bereich der Gesundheitspolitik stehen beispielsweise mit der Ambulantisierung, der geplanten Notfallreform oder auch der Digitalisierung für die medizinische Versorgung elementare Aufgaben auf der Agenda. Die KV Berlin hat ihre wichtigsten Forderungen formuliert.

Auf den Punkt. Forderungen der KV Berlin an die Politik:

Entbudgetierung

- Entbudgetierung der Hausärzte ist überfällig und muss schnellstmöglich umgesetzt werden.
- Entbudgetierung der Fachärzte muss ebenso zeitnah folgen.
- Abschläge von bis zu 20 Prozent sind vor allem angesichts steigender Personalkosten und höheren Mieten nicht länger hinnehmbar, Ärzt:innen müssen endlich eine leistungsgerechte Bezahlung zu 100 Prozent erhalten.



Finanzierbarkeit

- Finanzgrundlagen der GKV stabilisieren

Echte Patientensteuerung

- Eine ungesteuerte Versorgung rund um die Uhr ist nicht leistbar, weder personell noch finanziell.
- Mehr Leistungen, wie die geplante Notfallreform sie verspricht, erfordern mehr Ressourcen.
- Intelligente Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene ist dringend erforderlich.
- Menschen muss klargemacht werden, dass eine „Flatrate-Mentalität“ nicht finanziert werden kann.
- Koordination durch Hausärzte (oder grundversorgende Fachärzte); bei mehr als zwei unterschiedlichen Hausarzt-Besuchen im Quartal, Erhebung einer Praxisgebühr, beispielsweise wenn nicht-grundversorgende Fachärzte ohne Überweisung aufgesucht werden; alternativ: unterschiedliche Tarife mit/ ohne Koordinationspflicht.
- Bei zukünftigen Integrierten Notfallzentren (INZ), die im Zuge der Notfallreform geplant sind, fordert die KV Berlin eine Dichte von einem INZ auf 400.000 Menschen und eine kostendeckende Finanzierung.



Gesundheitskompetenz stärken

- Bevölkerung den Wert der medizinischen Versorgung aufzeigen; sensibilisieren
- keine falschen Versprechungen zu 24/7-Behandlungen, die nicht umsetzbar sind – personell und finanziell

Entbürokratisierung

- Bürokratieabbau, damit mehr Zeit für die Patient:innen bleibt
- funktionstüchtige Technik und eine entsprechende Finanzierung; digitale Anwendungen erst ausgereift in die Praxen bringen
- keine Sanktionsdrohungen gegen Praxen



Wertschätzung der ambulanten Arbeit und gegenüber den ambulant Tätigen

- Unterstützung der Niederlassungsförderung anstelle einer unreflektierten Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung
- Ambulante Versorgung mitdenken und stärker in den Fokus nehmen – keine Bevorteilung der Krankenhäuser
- Den Dialog mit den Akteuren suchen, Handeln mit Sach- und Fachverstand
- Zusammenarbeit auf Augenhöhe
- Die Zukunftsfähigkeit von arztgeführten Praxen ist sicherzustellen, gewinnorientierte Kapitalgesellschaften als Praxisinhaber:innen sind zu verhindern.

Wahlprogramme der Parteien

Was planen die Parteien, wofür stehen sie? Die KV-Blatt-Redaktion hat die Pressestellen der SPD, CDU, Bündnis 90/Die Grünen, FDP, Die Linke und AfD sowie von der neugegründeten Partei Bündnis Sahra Wagenknecht (BSW) angeschrieben und um ein Statement zu den Plänen in der Gesundheitspolitik, insbesondere der ambulanten Versorgung, gebeten.

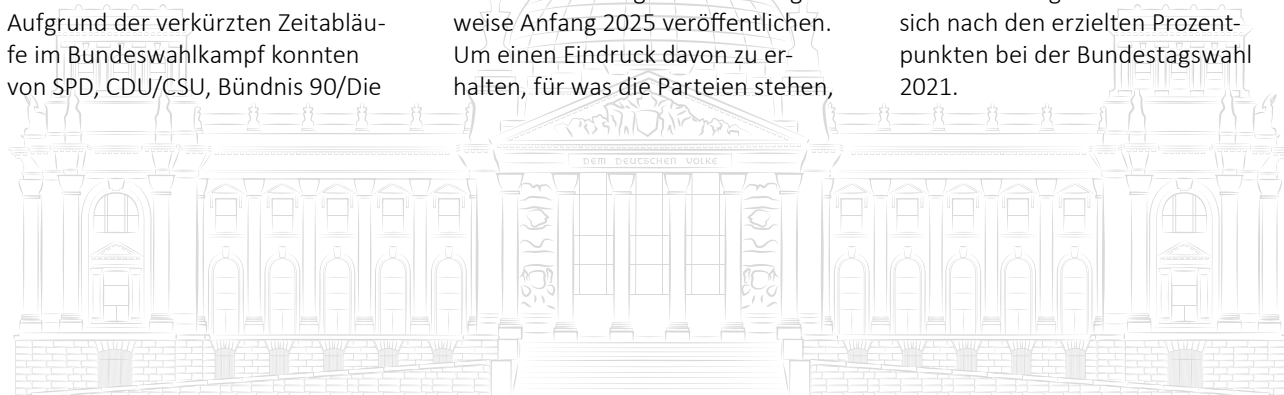
Aufgrund der verkürzten Zeitabläufe im Bundeswahlkampf konnten von SPD, CDU/CSU, Bündnis 90/Die

Grünen und Die Linke sowie dem Bündnis Sahra Wagenknecht keine Statements zugeliefert werden. Die FDP lieferte ein entsprechendes Statement zu. Von der AfD blieb die Anfrage unbeantwortet.

Zum Druckschluss dieser Ausgabe waren die Wahlprogramme noch nicht veröffentlicht. Laut KV-Blatt-Recherchen werden die Parteien die Programme sukzessive kurz nach Druck dieser Ausgabe beziehungsweise Anfang 2025 veröffentlichen. Um einen Eindruck davon zu erhalten, für was die Parteien stehen,

gibt das KV-Blatt einen Überblick zu den Inhalten zum Thema Gesundheitspolitik aus den jeweiligen Grundsatzprogrammen und Veröffentlichungen auf der jeweiligen Parteiwebsite.

Hinweis: Die Auswahl der Parteien bezieht sich auf die Stimmenverteilung der vergangenen Bundestagswahl 2021, außerdem wurde die neugegründete BSW miteinbezogen. Die Anordnung der Parteien richtet sich nach den erzielten Prozentpunkten bei der Bundestagswahl 2021.



Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)

Grundsätzlich besteht bei der SPD das Ziel, Krankheiten zu vermeiden und die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten. Dazu setzt die Partei vor allem auf das Thema Vorsorge. Die Sozialdemokraten sehen die Förderung gesunder Lebensverhältnisse als einen wichtigen Aspekt an. Die SPD will Unterschiede bei der Behandlung verringern und eine Chancengleichheit beim Zugang zu medizinischer Versorgung erreichen. Die Sozialdemokraten setzen sich für eine solidarische Bürgerversicherung ein, die alle Teile der Bevölkerung einbezieht. So soll eine ungerechte Kostenverteilung vermieden werden. Eine Zweiklassenmedizin gilt es zudem zu verhindern. Allen Bürgerinnen und Bürger in Deutschland sollen somit die gleichen medizinischen Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Eine gesunde Lebensweise soll laut der Partei bereits in jungen Jahren gefördert werden. Durch Vorsorge und Gesundheitserziehung in Kitas und Schulen soll frühestmöglich ein Bewusstsein für eine gesunde Lebensführung entstehen. Dazu setzt die SPD auch auf Eigenverantwortung und ein gesundheitsbewusstes Verhalten.

Die SPD setzt sich dafür ein, dass der medizinische Fortschritt genutzt wird, um Krankheiten bestmöglich zu heilen und unheilbar Kranken ein menschenwürdiges Leben zu verschaffen. Gerade in der Pflege sieht die SPD eine enge Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen und dem familiären Umfeld. Ein wichtiger Aspekt aus Sicht der SPD ist ein aktives und

sicheres Altern. Ältere Bürgerinnen und Bürger sollen dazu Unterstützung und Angebote erhalten, um selbstbestimmt leben zu können. In den Kommunen soll durch unterschiedliche Angebote für die Bevölkerung eine gesunde Lebensweise unterstützt werden. Dazu sprechen sich die Sozialdemokraten für Angebote im Bereich Sport, Erholung und Gesundheit aus.

Bei der SPD liegt ein großer Fokus auf dem Thema Pflege und einem Altern in Würde. Hier nennt die SPD auch die Digitalisierung als wichtigen Baustein, um die Versorgung zu erleichtern.

Weitere Informationen zur SPD unter: www.spd.de

CDU Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU)

In ihrem Grundsatzprogramm wirbt die Union mit dem Vorhaben, das Gesundheitswesen zukunftsfest zu machen. Dazu soll unter anderem eine Teilhabe am medizinischen Fortschritt geschaffen werden und das duale System mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung gestärkt werden. Dadurch soll allen Patientinnen und Patienten der Zugang zu einer guten Versorgung ermöglicht werden.

Die CDU bekennt sich zur Freiberuflichkeit. Sie will strukturelle Anpassungen im Gesundheitswesen und effiziente Strukturen und Prozesse schaffen. In ihrem Grundsatzprogramm ist auch der Start einer Qualifikations- und Fachkräfteoffensive genannt, außerdem sollen medizinisch-technologische Innovationen weiterentwickelt werden.

Das Gesundheitsbewusstsein soll gestärkt werden. Dazu setzt die Partei auch auf Eigenverantwortung – Jeder Bürger ist aufgerufen, auf eine gesunde Lebensweise zu achten.

Auch die psychische Gesundheit soll mehr Aufmerksamkeit erhalten – hierzu soll es präventive Maßnahmen geben und eine frühzeitige Diagnostik. Die CDU fährt den Kurs einer Anti-Drogen-Politik. Eine Legalisierung wird von der Union klar abgelehnt. Sie setzt auf Prävention und Schutz sowie stärkere Kontrollen. Die Partei spricht sich grundsätzlich für eine solide Finanzierung aus, dazu soll es auch eine solidarische Beitragsfinanzierung geben. Auch hier stellt die Eigenvorsorge der Bürgerinnen und Bürger einen wichtigen Aspekt dar.

Die Selbstverwaltung in allen Bereichen der Sozialpolitik soll unterstützt werden.

Die Union will weitere Studienplätze für Humanmedizin schaffen und befürwortet eine Ausweitung regionaler Gesundheitszentren mit Notfallversorgung sowie eine Stärkung der sektorenübergreifenden und überregionalen Zusammenarbeit. Ein Ausbau der Telemedizin ist der Union ebenfalls ein Anliegen. Insgesamt spricht sie sich für eine flächendeckende Grund- und Notfallversorgung aus, die Hausarztpraxis sieht die Union als erste Anlaufstelle der Patientinnen und Patienten.

Weitere Informationen zur CDU unter: www.cdu.de



Bündnis 90/Die Grünen

Die Partei steht für die Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung mit kurzen Wartezeiten – für alle Patientinnen und Patienten, unabhängig von ihrem Wohnort. Auf dem Land soll ebenso wie in der Stadt eine gute Versorgung ermöglicht werden. Die Partei spricht sich für Gemeindschwestern aus, die vor Ort die Bürgerinnen und Bürger beraten und die Versorgung unterstützen sollen. Weiterhin sollen Gesundheitszentren – insbesondere in ländlichen Regionen – die medizinische Versorgung sicherstellen. Bündnis 90/Die Grünen will die Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe fördern, um so eine bestmögliche Versorgung zu schaffen. Auch die Digitalisierung der Arbeitsabläufe soll dazu beitragen, die Versorgung

zu optimieren und somit die Qualität zu verbessern.

Die Partei legt grundsätzlich einen Fokus auf die psychische Gesundheit. Hier hatte die Partei durch ihre „Strategie gegen Einsamkeit“ bereits dafür gesorgt, die Wartezeit auf einen Therapieplatz zu reduzieren. Auch im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung soll allen Patientinnen und Patienten gleichermaßen der Zugang ermöglicht werden. Bündnis 90/Die Grünen spricht sich für eine Erweiterung der Kassenzulassungen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten aus. Bei der Arzneimittelversorgung soll die Bevorratung verbessert werden und eine Unabhängigkeit von Lieferketten geschaffen werden – hier soll die Produktion innerhalb der EU gefördert werden. Bei der Drogen-

politik setzt die Partei auf Prävention und passgenaue Hilfsangebote. Bei den Angeboten der Drogen- und Suchthilfe sprechen sich die Grünen für einen Ausbau niedrigschwelliger Angebote aus. Ein wichtiger Aspekt ist die Förderung der gesunden Lebensweise. Dazu soll es in öffentlichen Einrichtungen wie Kitas oder Krankenhäusern gesundes Essen geben.

Die Partei setzt sich außerdem für eine gute und bezahlbare Pflege für alle Menschen ein. In dem Zusammenhang befürwortet die Partei eine solidarische Versicherung, sodass eine Finanzierung der Pflegekosten gewährleistet wird.

Weitere Informationen zu Bündnis 90/Die Grünen unter: www.gruene.de



Freie Demokratische Partei (FDP)

Statement von Christine Aschenberg-Dugnus, MdB, Fraktions-sprecherin im Gesundheitsaus-schuss

„Personalmangel, lähmende Bürokratie und eine Budgetierung – diese Herausforderungen belasten die ambulante Versorgung. Um dem steigenden Versorgungsbedarf der Bevölkerung auch künftig gerecht zu werden und den zunehmenden Ärztemangel zu kompensieren, muss die leistungsfeindliche Budgetbegrenzung von grundversorgenden Haus- und Fachärzten aufgehoben werden. Ein entscheidender Schritt für eine gerechte Vergütung, ein bedarfsgerechtes Angebot und kürzere Wartezeiten. Zudem muss Telemedizin endlich Einzug in die flächen-deckende Versorgung finden. Damit solche Angebote einen echten

Vorteil in der Versorgung darstellen und nicht zum Ärgernis für Gesundheitspersonal und Patienten werden, ist der Ausbau der technischen Infrastruktur unabdingbar. Ziel sollte sein, die digitale Konsultation als Bestandteil der Regelversorgung zu etablieren. Nicht zuletzt dafür muss die ePA künftig Standard in der Versorgung sein. Das Bürokratiemonster im Gesundheitswesen verdirbt jedem Gesundheitsberuf zunehmend die Freude an der Arbeit. Ein unhaltbarer Zustand, der dringend durch ein Bürokratiente-lastungsgesetz angegangen werden muss. Dokumentations- und Berichtspflichten sind wichtig – jedoch zahlt das Ausmaß des aktuellen Misstrauensaufwands gegenüber medizinischen Akteuren weder auf Patientensicherheit noch auf die Wirtschaftlichkeit ein. Ein freiwilliges

Primärarztssystem kann dazu beitragen, Schnittstellenprobleme an Sektorengrenzen zu vermeiden. So gehören unnötige Doppeluntersuchungen und ineffektive Abläufe künftig der Vergangenheit an. Patienten wählen dafür einen Hausarzt oder grundversorgenden Facharzt als zentrale Anlaufstelle, der ihre weitere Behandlung koordiniert. Im Gegenzug erhalten Patienten, die sich für dieses Modell entscheiden, finanzielle Vorteile wie geringere Zuzahlungen oder Boni. Dies sorgt für eine strukturiertere Versorgung, verhindert Redundanzen und reduziert die Belastung spezialisierter Einrichtungen, ohne die freie Arztwahl einzuschränken.“

Weitere Informationen zur FDP unter: www.fdp.de



Alternative für Deutschland (AfD)

Im Grundsatzprogramm der AfD spielt die Gesundheitspolitik keine entscheidende Rolle. Auf bundespolitischer Ebene findet sich aktuell kein Programm. Themen aus dem Programm 2020 decken sich teilweise mit denen aus dem Wahlprogramm zur Europawahl 2024.

Grundsätzlich setzt sich die Alternative für Deutschland für Reformen im Gesundheitswesen ein, die die Verfehlungen vergangener Jahre korrigieren sollen. Im Fokus steht eine am Menschen orientierte Versorgung. Die medizinische Versorgung soll wohnortnah erfolgen. Die AfD setzt auch auf Eigenverantwortlichkeit und Prävention. In der Vergangenheit setzte sich die Partei dafür ein, keine Impfpflicht einzuführen.

Bereits 2020 machte die Alternative für Deutschland in ihrem Programm auf die alternde Ärzteschaft im niedergelassenen Bereich aufmerksam. Hier hatte die Partei das System einer leistungsunabhängigen Budgetierung kritisiert. Dieses trage nicht zur Entscheidung einer Niederlassung bei. Die AfD forderte 2020 eine leistungsgerechte Bezahlung der Mediziner.

Auch die medizinische Versorgung auf dem Land steht im Fokus der AfD-Gesundheitspolitik. Im Programm 2020 waren unter anderem der Ausbau von medizinischen Einrichtungen unter ärztlicher Leitung und die Förderung von Medizinstudenten sowie Niederlassungshilfen aufgeführt.

Der Arbeitskreis Gesundheit der AfD im Bundestag steht für eine

flächendeckende Versorgung, die für alle Bürginnen und Bürger zugänglich ist. Außerdem führt der AfD-Arbeitskreis auch Einsparpotenzial im Gesundheitswesen als einen Aspekt auf und erwähnt hier vor allem die Verwaltungskosten, die es zu reduzieren gilt.

Außerdem setzt der AfD-Arbeitskreis auch auf die Eigenverantwortlichkeit der Bürgerinnen und Bürger. Prävention ist ein wesentlicher Aspekt, ebenso die Gesundheitskompetenz. Ein duales System mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung wird befürwortet, Bürokratie sowie Prämien- und Zuzahlungsmodelle werden kritisch betrachtet.

Weitere Informationen zur Alternative für Deutschland unter: www.afd.de

DIE LINKE. Die Linke

Die Linke hat der Gesundheitspolitik in ihrem Grundsatzprogramm kein eigenes Kapitel gewidmet. Insgesamt befürwortet die Partei eine solidarische Bürgerversicherung sowie eine Chancengleichheit für alle Bürgerinnen und Bürger in Bezug auf den Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung.

Die Partei setzt sich für eine solidarische Bürgerversicherung ein, die auf dem Einkommen aller Versicherten basiert und im Falle einer Krankheit die Kosten trägt. Dadurch soll die Chancengleichheit gewahrt werden – alle Menschen, egal in welcher finanziellen Lage oder welchen Status sie haben, sollen uneingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung haben. Die Partei setzt auf Mitbestimmung der Versicherten und der unabhängigen Patientenvertretungen.

Ein Aspekt der Gesundheitspolitik der Partei ist die Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Weiterhin müssen Leistungen uneingeschränkt und flächendeckend zur Verfügung stehen. Dazu gehört auch eine Kontrolle der Arzneimittelpreise – diese müssten für alle leistbar sein. Die Partei Die Linke steht für eine integrierte, sektorenübergreifende Versorgung mit angestellten Fachärzten – poliklinische Strukturen sollen einen Beitrag für eine hochwertige Versorgung leisten.

Die Gesundheitsförderung und die Krankheitsprävention sieht Die Linke als Säulen des Gesundheitswesens. Im Bereich der Drogenpolitik setzt die Partei auf Aufklärung und Entkriminalisierung. Prävention ist dabei ein wesentlicher Aspekt.

Kliniksterben soll verhindert werden. Zweckentfremdungen der Versichertenbeiträge sollen verboten werden. In der medizinischen Forschung sollen eher „vernachlässigte“ Krankheiten wie HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose weiter ergründet und die Forschungen weiter ausgebaut werden.

Insgesamt strebt Die Linke ein gerechtes und chancengleiches Gesundheitswesen an, in dem das Wohlbefinden aller Menschen im Fokus steht. Gesundheit sei nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein Zustand körperlichen und geistigen Wohlbefindens.

Weitere Informationen zu Die Linke unter: www.dielinke.de

Bündnis Sahra Wagenknecht

Bündnis Sahra Wagenknecht (BSW)

Die noch junge Partei hat zum Thema Gesundheitspolitik noch keinen Schwerpunkt gesetzt und reißt in ihrem Grundsatzprogramm diesen Bereich bisher nur an. Über die gesundheitspolitischen Grundsätze ist entsprechend zum Druckschluss noch wenig bekannt. Insgesamt geht es der Partei um soziale Sicherung und einen damit verbundenen Schutz vor Krankheit. Ebenso geht es um die Chancengleichheit aller Bürgerinnen und Bürger auf gute medizinische Versorgung und den Stopp einer Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen.

Die soziale Sicherung soll nicht nur vor Armut im Alter schützen, sondern auch dafür sorgen, dass im Falle einer Krankheit die bestmögliche medizinische Versorgung verfügbar ist.

Das Bündnis Sahra Wagenknecht setzt sich dafür ein, eine Privatisierung und Kommerzialisierung im Gesundheits- und Pflegebereich zu stoppen, um einen Mangel an Ressourcen zu verhindern. Statt Gelder in die Rüstungsindustrie fließen zu lassen, spricht sich die Anfang 2024 gegründete Partei dafür aus, in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu investieren.

Dass Kassenpatienten monatelang auf Termine beim Facharzt warten müssen, ist aus Sicht der Partei nicht hinnehmbar. Alle Patientinnen und Patienten sollten zeitnah Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgung erhalten. Zu verhindern ist aus Sicht des BSW ein „Verscherbeln“ wichtiger gesellschaftlicher Einrichtungen wie Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Arztpraxen.

Ein weiterer Aspekt im Zuge der Gesundheitspolitik des Bündnis Sahra Wagenknecht ist der Abbau von Zukunftsängsten in der Bevölkerung. Es dürfe im Falle einer Krankheit kein sozialer Absturz drohen. Hier gelte es, eine soziale Sicherung zu schaffen, die Menschen in schwierigen Lebensphasen auffängt und sie nicht in soziale Unsicherheit oder Armut stürzt. Alle Bürgerinnen und Bürger müssten angstfrei leben können und sozial abgesichert sein, um im Fall einer Krankheit eine gute medizinische Versorgung erhalten zu können.

Weitere Informationen zum Bündnis Sahra Wagenknecht unter: www.bsw-vg.de

Service der KV Berlin

Sie fragen.

Wir antworten!

In dieser Rubrik greifen wir häufige Fragen auf, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Service-Centers oder den Fachabteilungen der KV Berlin gestellt wurden. Die Antworten sollen dazu beitragen, Sie in Ihrem Praxisalltag zu unterstützen.

❓ Können Psychotherapeut:innen Videosprechstundentermine über den Terminservice einstellen?

Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist es nicht möglich, Videosprechstundentermine über den Terminservice beziehungsweise die TSS für Patientinnen und Patienten freizugeben. Videogestützte Therapiesitzungen erfordern einen unmittelbaren persönlichen Erstkontakt zwischen Psychotherapeut/-in und Patient/-in (§ 17 Anlage 1 BMV-Ä, Abs. 2 und 3).

❓ Wie kann ich einen Drogentest zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen?

Beim Drogenscreening handelt es sich um einen Urintest, der nur im Rahmen des Substitutionsprogramms als GKV-Leistung abgerechnet werden kann. Ist ein Screening trotzdem gewünscht, kann dieses von Ihnen als IGeL-Leistung angeboten werden.

❓ Wie muss ich vorgehen, wenn ich meine Abrechnung korrigieren möchte?

Abrechnungskorrekturen reichen Sie bitte schriftlich und mit Begrün-

dung innerhalb eines Monats nach Ablauf der Abgabefrist (im Sinne des § 4b der Abrechnungsordnung) ein, adressiert an die Abteilung Abrechnung.

❓ Wo erhalte ich Informationen und Antragsformulare zu genehmigungspflichtigen Leistungen?

Die KV Berlin stellt eine Liste von genehmigungspflichtigen Leistungen zur Verfügung. Diese ist hier zu finden: www.kvberlin.de > Für Praxen > Alles für den Praxisalltag > Qualitätssicherung > Genehmigungspf. Leistungen.

Sie können sich dort über die Voraussetzungen der Leistungserbringung, Rechtsgrundlagen und Neuerungen hinsichtlich der jeweiligen genehmigungspflichtigen Leistung informieren und das entsprechende Antragsformular auf Abrechnungsgenehmigung herunterladen.

Allgemeine Hinweise zur Antragstellung und zur Abrechnung sowie das Antragsformular im Rahmen eines Status- oder Arbeitgeberwechsels, Praxissitzverlegung oder Änderung der Gesellschaftsform/ Wechsel der BSNR für Genehmi-

gungsinhaber:innen sind dort ebenfalls zu finden.

❓ Gibt es einfache, praxisorientierte Tipps und Unterstützungshilfen für Qualitätsmanagement in meiner Praxis?

Ja. QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® ist das Qualitätsmanagement-Verfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) speziell für vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Praxen und MVZ.

Die QEP-Bausteine stehen für Sie kostenfrei auf der Themenseite der KBV zur Verfügung: www.kbv.de/html/qep.php

KV-SERVICE-CENTER

service-center@kvberlin.de

www.kvberlin.de

030 / 31 003-999

Sprechzeiten:

Mo. bis Fr. 10:00 bis 13:00 Uhr

Labordiagnostik

Bedeutung einer isolierten Quick-Wert-Verminderung

Die interdisziplinäre KBV-Kommission zur Erarbeitung von Empfehlungen zum labordiagnostischen Vorgehen befasste sich früh mit der Gerinnungsdiagnostik, entwickelte zu häufigen Fragestellungen diagnostische Pfade und publizierte sie auf der KBV-Homepage. Der fünfte Teil der KV-Blatt-Serie dreht sich um einen Laborpfad, der sich mit einer regelmäßig auftretenden Fragestellung befasst: Was sollte bei einem isoliert verminderten Quick-Wert an diagnostischer Abklärung erfolgen?



Der beschriebene Befund wird meist im Rahmen einer präoperativen Labordiagnostik erhoben und beunruhigt nicht selten die betroffenen Patienten sowie die behandelnden Ärzte. Mit dem Quick-Wert (Prothrombinzeit) wird

der Vitamin-K-abhängige Bereich des sehr komplexen plasmatischen Gerinnungssystems betrachtet. Hierzu gehören die Gerinnungsfaktoren II, VII und X. Zudem spielt der Faktor V noch eine Rolle. Wegen der fehlenden Standardisierung der Quick-Wert-Bestimmungen mit Test-

reagenzien verschiedener Hersteller wurde zur besseren Vergleichbarkeit eine Berechnungsformel eingeführt, mit der der gemessene Wert auf die Gerinnungsaktivität eines Normalplasmapools von Gesunden bezogen wird. Die „International Normalized Ratio“ oder INR-Wert erlaubt beim



Therapiemonitoring mit Vitamin-K-Antagonisten eine bessere Einstellung der Patienten.

Um mit der Quick-Wert-Bestimmung eine Verminderung der damit erfassten Gerinnungsfaktoren erfassen zu können, bedarf es einer Reduktion der Aktivität dieser Faktoren um mindestens 50 Prozent. Das bedeutet, dass ein Quick-Wert im Referenzbereich eine Verminderung der Aktivität eines einzelnen Gerinnungsfaktors nicht sicher ausschließen kann. Umso wichtiger ist es daher, die klinische Bewertung der Befunde im Zusammenhang mit der individuellen Anamnese und der klinischen Symptomatik durchzuführen. Die Laborärzte in den Facharztlaboren stehen hier gern beratend zur Seite.

Zentraler Ausgangspunkt

Meist erfolgt eine Quick-Wert-Bestimmung zusammen mit der Untersuchung der partiellen Thromboplastinzeit (PTT), die den zweiten

großen Bereich der plasmatischen Gerinnung als Globaltest abdeckt, im Zusammenhang mit der weiterhin häufig geforderten präoperativen Labordiagnostik. Sie ist dann ein Zufallsbefund, bei dem sich die Frage der klinischen Konsequenz und des weiteren Vorgehens stellt.

Neben dem bereits angesprochenen Gerinnungsfaktorenmangel, der angeboren oder auch durch die Einnahme von Medikamenten verursacht sein kann, sowie bestehende Leberschäden sind insbesondere die Blutentnahme sowie die Probenlagerung und deren Transport als wichtige Stör- und Einflussgrößen zu beachten. Hier sollten unbedingt die Hinweise und Empfehlungen der Labore beachtet werden, die zusammengefasst zu diesen Empfehlungen noch einmal dargestellt sind (siehe QR-Code). Vor diesem Hintergrund ist bei unklarer Präanalytik zunächst die Kontrolle eines auffälligen Quick-Wert-Befundes durch eine erneute Blutentnahme sinnvoll und empfohlen.



Weitere Informationen zu den Empfehlungen zur Labordiagnostik der isolierten Quick-Wert-Verminderung



Gastbeitrag von Dr. Michael Müller

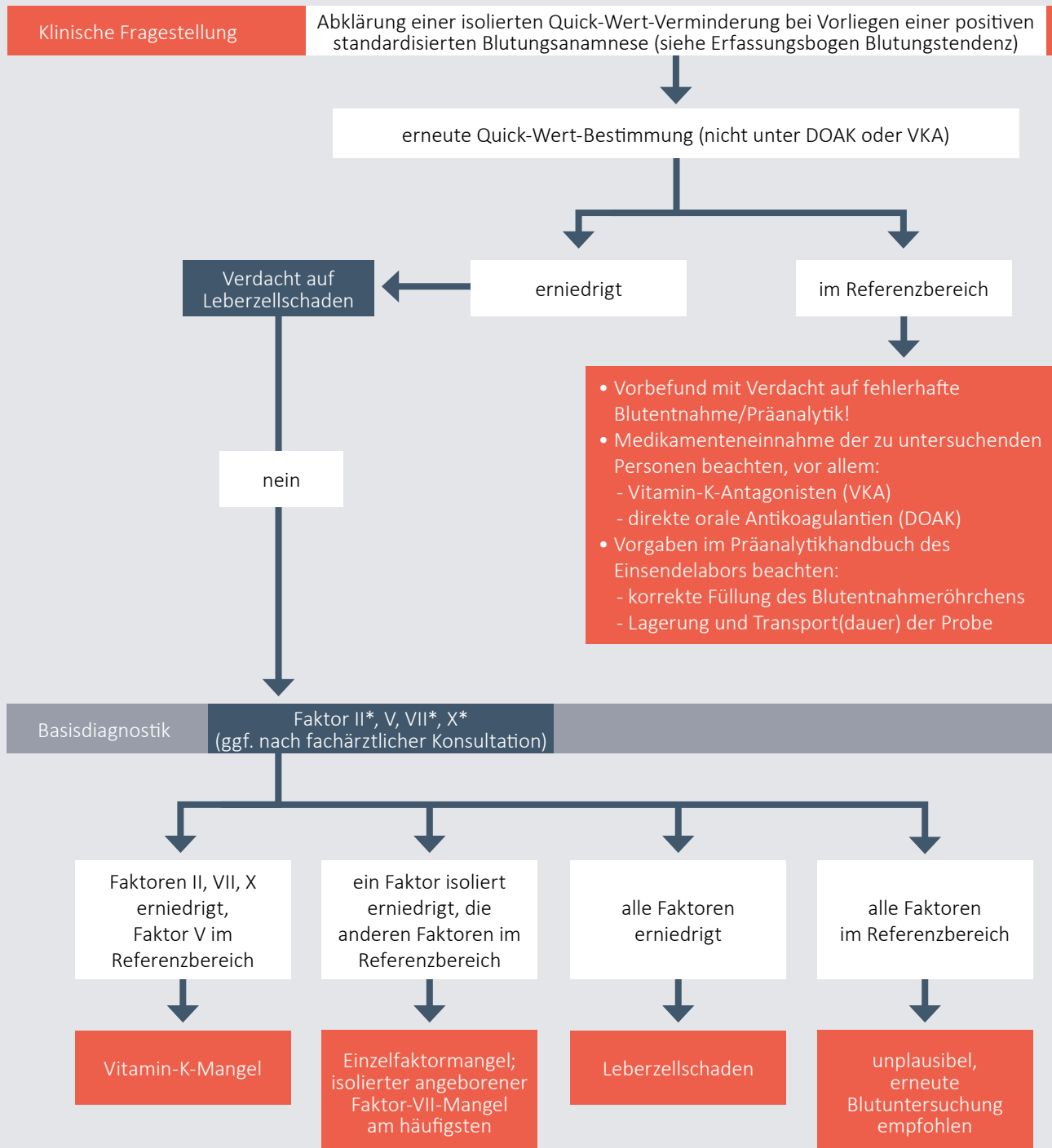
Facharzt für Laboratoriumsmedizin

In der täglichen Praxis hat sich zur besseren Einordnung auffälliger Gerinnungsbefunde die Durchführung einer standardisierten Blutungsanamnese sehr bewährt. Die diagnostischen Empfehlungen der KBV-Kommission enthalten hier einen gut eingeführten Vorschlag. Mit der Anamnese lässt sich die Plausibilität der Befunde überprüfen. Sie ist zudem auch wichtig, weil es durchaus klinisch relevante Blutungsrisiken bei unauffälligen Befunden für die Globaltests der Gerinnung gibt.

Vorgehen

Bei bestätigter Quick-Wert-Verminderung als Zufallsbefund wird die Bestimmung der Aktivität der von der Bestimmung erfassten Gerinnungsfaktoren empfohlen (siehe Schema auf Seite 51), gegebenenfalls nach einer zuvor erfolgten interdisziplinären Beratung mit den laborfachärztlichen Kollegen. Das weitere Vorgehen ergibt sich dann aus den hier erhobenen Befunden im Zusammenhang mit der Anamnese und den klinischen Befunden.

Ablaufschema: Labordiagnostik der isolierten Quick-Wert-Verminderung



*Vitamin-K-abhängige Gerinnungsfaktoren

Grafik nachgebaut, Quelle ursprüngliche Grafik: Kassenärztliche Bundesvereinigung, <https://www.kbv.de/html/anaemie.php>

Terminvermittlung

Verdrängungsprozess zulasten Schwerstkranker

In der vergangenen Ausgabe des KV-Blatts wurden die unterschiedlichen Möglichkeiten der Terminvermittlung vorgestellt. Dazu gehören auch dringende Termine, die unter anderem über die Terminservicestelle vermittelt werden. Oft werden Dringlichkeits- oder Vermittlungscodes genutzt, obwohl dies nicht notwendig wäre. Dr. Gerd Benesch, Facharzt für Nervenheilkunde und Mitglied der Vertreterversammlung der KV Berlin, kennt solche Fälle – er behandelt regelmäßig Patienten mit ADHS, bei denen keine Dringlichkeit gegeben ist. Im Interview erklärt Benesch, warum die „falsche“ Nutzung von dringenden Terminen problematisch ist.

Herr Dr. Benesch, das Krankheitsbild Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) beziehungsweise Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) scheint in den vergangenen Jahren zugenommen zu haben.

Die Zahl der Betroffenen ist nicht unbedingt gestiegen. Aber das Bewusstsein für dieses Krankheitsbild – oder, wie ich es nenne, „Handicap“ – ist auf jeden Fall stärker geworden. Es ist mehr über ADS beziehungsweise ADHS bekannt. Die Menschen informieren sich, erkennen, dass darin womöglich ihr Leiden liegt – und gehen dann zum Arzt.

Wie schätzen Sie die Situation in Berlin ein?

Laut Prävalenzstudien sind in Deutschland etwa fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen betroffen und bei circa 60 Prozent von ihnen persistieren Symptome bis ins Erwachsenenalter. In Berlin kann man also bei den knapp 400.000 Kindern und Jugendlichen davon ausgehen,



Foto: Christof Rieken

Dr. Gerd Benesch
Facharzt für Nervenheilkunde
(Neurologie und Psychiatrie),
Vorsitzender des Berufsverbandes
Deutscher Nervenärzte, Neurologen
und Psychiater – LV Berlin

dass von ihnen circa 20.000 an einer ADS beziehungsweise ADHS leiden und davon schätzungsweise 12.000 auch als Erwachsene damit zu tun haben werden. Von den circa drei Millionen Erwachsenen in Berlin geht man von drei Prozent ADHS-Prävalenz aus. Das wären etwa 90.000 betroffene Erwachsene.

Wenn wir dabei berücksichtigen, dass in Berlin aktuell nur rund 300 Nervenärzte und Psychiater – Neurologen behandeln diese Patientengruppe in der Regel nicht – neben Hausärzten und psychologischen Psychotherapeuten, für die Diagnostik und Therapie dieser Störung (neben circa 50 anderen neuropsychiatrischen Erkrankungen) zur Verfügung stehen, ist die begrenzte Behandlungskapazität erkennbar. Wollten wirklich alle Betroffenen einen Termin oder einen Behandlungsplatz ergatteren, wären es bei jedem von uns Nervenärzten und Psychiater 300 ADHS-Patienten pro Praxis!

Es ist auch deshalb absolut nachvollziehbar, dass Betroffene beklagen, dass sie lange auf Termine warten müssen. Aus Sicht des Arztes ist aber oftmals keine wirkliche Dringlichkeit zu erkennen, insbesondere angesichts der Tatsache, dass dieses Krankheitsbild bereits seit der Kindheit besteht.

Ich selbst habe kürzlich meine MFA gebeten, mal herauszufiltern, wie vie-

le Patienten bei uns seit 2023 mit ADS oder ADHS in Behandlung stehen. Es sind 150 Patienten. Eigentlich liegt der Fokus meiner Praxis auf der Behandlung von Demenzen – mit dieser Diagnose haben wir aber (außerhalb von Pflegeeinrichtungen) im gleichen Zeitraum nur 70 Patienten behandelt. Das heißt, ich habe doppelt so viele Patienten mit ADHS oder ADS wie Patienten meines Praxisschwerpunkts.

Woran liegt es, dass Sie verhältnismäßig viele Patienten mit ADHS haben?

Häufig kommen Patienten mit Dringlichkeitscode in meine TSS-Sprechstunde. Scheinbar hat es sich, unter anderem in den sozialen Medien, herumgesprochen, dass ich in dieser Sprechstunde auch ADHS-Patienten behandelt habe. Viele Hausärzte stellen Dringlichkeitscodes aus, obwohl keine akute Behandlungsnotwendigkeit besteht. Natürlich gibt es da auch Ausnahmen, letztlich aber verdrängen diese Termine immer häufiger Schwerstkranke, wie zum Beispiel Patienten mit depressionsbedingter Suizidalität, akuten schizophrenen Psychosen oder komplexen hirnorganischen Erkrankungen.

Das Problem liegt also in der Terminvermittlung mit Dringlichkeitscode?

Man muss sich einfach fragen, wie drängend es ist, dass der Patient als Akutfall gilt. Bei diesen Fällen ist es ja ähnlich wie bei dem Erstgespräch in der Psychotherapie: Der erste Termin ist über die TSS relativ schnell zu bekommen. Die eigentliche Diagnostik und Therapie startet aber oft erst danach – und hier wartet ein Großteil dann sowieso teils Monate auf weiterführende Termine.

Es braucht also weitere Termine, die aber nur schwer zu bekommen sind?

In einem einzigen vermittelten Akuttermin ist eine komplette Diagnosestellung gar nicht möglich. Die Symptome können ganz unterschiedliche

Ursachen haben. Es bedarf hier also einer seriösen und umfassenden Diagnostik mit unter anderem Labor, psychiatrischer Exploration, Medikamentenanamnese, Erfassung der Co-Morbidität, Fremdanamnesen mit Zeugnissen aus der Grundschulzeit (Textbeurteilungen und Verhaltensbeschreibungen), strukturierte Interviews mit langen Fragebögen und Selbstbeurteilungen, neuropsychologischen Tests, gegebenenfalls sogar EEG und MRT.

Ich unterscheide bei der ADHS-Fragestellung grundsätzlich drei verschiedene Motive für die Terminanfragen mit unterschiedlichen Dringlichkeitsstufen:

Das erste Motiv beschreibt Patienten, bei denen die Diagnose schon feststeht. Das sind zumeist Fälle, bei denen eine Erkrankung oder das Handicap bereits seit der Kindheit bekannt ist. Zunächst war in der Regel der Kinder- und Jugendpsychiater oder ein Schulpsychologe zuständig. Aber ab dem 21. Lebensjahr geht die Sicherstellung der Behandlung auf den Erwachsenenpsychiater über (Transition). Nicht selten hängen diese Patienten dann in der Luft, wenn sie zum Beispiel neben Gesprächsterminen keine fortgesetzte Ausstellung von BTM-Rezepten mehr erhalten und dadurch ein Behandlungsabbruch droht. Ein kurzfristiger Termin, zum Beispiel auch ein akuter Termin, wäre bei dieser Patientengruppe gerechtfertigt, sofern keine weiteren kurzfristigen Termine zur medizinischen Weiterbehandlung benötigt werden.

Das zweite Motiv von Patienten beschreibt die Situation, wenn keine Vordiagnose besteht. Dies sind oft Leute, die etwas im Internet gelesen haben oder Kinder haben, bei denen die Diagnose gestellt wurde, und nun abgeklärt haben wollen, ob auch sie ADHS haben. Diese Patienten verstopfen dann aber die Akutsprechstunde. Wie oben beschrieben, bedürfte es dann einer aufwendigen Diagnostik – aber keiner TSS-Terminvermittlung. Hier sollte eine normale Terminverga-

be ohne Dringlichkeit erfolgen, auch wenn der subjektiv empfundene Leidensdruck größer erscheint.

Als drittes Motiv für eine dringliche Terminanfrage werden oft sozialmedizinische Gründe genannt, wie zum Beispiel das Ersuchen eines fachärztlichen Attestes für den Arbeitsplatz oder das Studium, um zum Beispiel einen Nachteilsausgleich, eine Fristverlängerung oder eine Härtefallregelung für sich zu erwirken.

Wie kann also mit dem Problem der fehlenden Termine umgegangen werden?

Wünschenswert wäre eine Vordiagnostik zum Beispiel durch die Psychologische Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten, falls der Patient sich bereits in einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie befindet, denn in diesem Setting ist das Zeitkontingent wesentlich größer. Die Hausärztin oder der Hausarzt könnte ein Labor und eine Medikamentenliste beisteuern und kann natürlich dem vermeintlichen ADHS-Patienten raten, sich an einen Facharzt oder eine -ärztin zu wenden – aber bitte dabei keine Dringlichkeitscodes ausstellen! Ausnahmen wären Transitionspatienten, die ihre Therapie fortsetzen müssen und einen dringlichen Termin benötigen. Wenn diese ihre Unterlagen mit Nachweis der Diagnose und der entsprechenden Medikamentenliste mitbringen und es beispielsweise nur um die medikamentöse Feineinstellung oder fortgesetzte Behandlung geht, dann macht das vieles leichter.

Wie bereits gesagt, besteht bei der Erstdiagnostik zumeist keine Dringlichkeit. Da gibt es andere Patienten, die wirkliche Akutfälle darstellen und diese Termine dringlicher benötigen. Wichtig wäre also – wie in vielen anderen Indikationen auch –, eine konsequente Patientensteuerung durchzusetzen. Es muss eine Vorselektion für dringende Termine geben, sonst verdienen diese ihren Namen nicht.

Danke für das Gespräch.

bic

Elektronische Patientenakte (ePA)

Der „ePA für alle“ eine Chance geben

In einem Livestream beantwortete Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin, zusammen mit Vertreterinnen und Vertretern der gematik und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Fragen der Zuschauer zur elektronischen Patientenakte (ePA). Noch vor dem Start der sogenannten „ePA für alle“ sorgte die neue Patientenakte für Unmut. Deutliche Kritik kam dabei auch von der stellvertretenden Berliner KV-Chefin.

Welche Daten meiner Patienten muss ich in die elektronische Patientenakte (ePA) eintragen? Was muss eine Arztpraxis mit Blick auf die ePA beim Datenschutz beachten? Was kann man jetzt schon alles in der ePA hinterlegen, und was soll zukünftig möglich sein? Diese und weitere Fragen stellten die KV-Mitglieder während des Livestreams der KV Berlin zum Thema ePA Ende November vergangenen Jahres. Für die Beantwor-

tung lud sich Dr. Christiane Wessel, stellvertretende KV-Vorsitzende, zwei weitere Experten auf diesem Gebiet ein: Dr. Florian Hartge von der gematik und Julia Hagen, Senior-Referentin für Digitale Innovationen bei der KBV. Über 600 KV-Mitglieder sahen sich die Veranstaltung online an, im Vorfeld meldeten sich 700 Teilnehmer zum Livestream an. Ein Mitschnitt der Veranstaltung ist in der Mediathek im geschützten Mitgliederbereich auf der Internetseite der KV Berlin abrufbar (siehe QR-

Code auf Seite 55). Außerdem bietet sowohl die KV als auch die KBV auf ihren Websites umfangreiche Infos zur ePA an.

Bundesweiten Rollout verschoben

Die neue Patientenakte startete im Januar 2025 – vorerst nur in Modellregionen: Franken, Hamburg, und in Teilen Nordrhein-Westfalens. Der ursprüngliche Plan des Bundesgesundheitsministeriums (BMG): eine Pilotphase von vier Wochen.



Sie stellten sich im Livestream den Fragen der Zuschauer (v. l. n. r.): Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin, Dr. Florian Hartge aus der Geschäftsführung der gematik und Julia Hagen, Senior-Referentin für Digitale Innovationen bei der KBV.

Meldung

Danach, wenn alle Teste fehlerfrei verlaufen, kommt der bundesweite Rollout am 15. Februar. Mitte November 2024 platzte jedoch die Nachricht, dass das BMG zum Teil von seinen Plänen abrückt. So wollte man zwar wie geplant zum 15. Januar zunächst in den genannten Modellregionen mit dem Rollout der ePA beginnen. Jedoch verschiebt sich die bundesweite Einführung. So erfolgt demnach auch die verpflichtende Nutzung durch Ärzte erst, wenn die Erfahrungen in den Modellregionen positiv ausfallen. Trotz intensiver Bemühungen auf allen Seiten bestehe „ein zeitlicher Verzug in der Entwicklungs-Roadmap“, sagte Susanne Ozegowski, Abteilungsleiterin für Digitalisierung und Innovation im BMG in einem Beitrag des Ärztenachrichtendienstes. Der Grund: Vielen PVS-Herstellern stünden noch immer keine Testumgebungen für die ePA zur Verfügung. Doch das Ziel sei es, die flächendeckende Einführung der ePA erst dann auf alle gesetzlich Versicherten auszuweiten, wenn in der Praxis sichergestellt ist, „dass die grundlegenden Funktionen wie der Up- und Download von Dokumenten sowie die Nutzung der digitalen Medikationsliste reibungslos funktionieren“, erklärte sie.

Bereits im Vorfeld hatten Experten den Zeitplan des BMG als ambitioniert bewertet. Bis zum Redaktionsschluss des vorliegenden KV-Blatts berichteten weitere Medien von erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten. So ist keines der beiden ePA-Aktensysteme von IBM und RISE – dort, wo die Gesundheitsdaten der Versicherten liegen – von der Gematik zugelassen, schreibt die Neue Osnabrücker Zeitung (NOZ) in einem Beitrag Mitte November 2024. Eine Tatsache, die auch Dr. Christiane Wessel kritisiert. Und mehr noch: „Warum existieren überhaupt zwei Aktensysteme?“, fragt sie. Eines reiche doch vollkommen aus. Zudem habe jede Krankenkasse ihre eigene ePA, was zusätzlich für Verwirrung Sorge.

E-Rechnung

Ab 1. Januar 2025 gilt die Pflicht, E-Rechnungen für Leistungen zwischen Unternehmen auszustellen. Darin eingeschlossen sind auch MVZ, Praxen und Kliniken. Für die Jahre 2025 und 2026 hat der Gesetzgeber eine Übergangsfrist vorgesehen. In dieser Zeit reichen weiterhin Rechnungen auf Papier oder als PDF aus, sofern der Rechnungsempfänger dem zustimmt. Laut einem Bericht der Ärzte Zeitung gilt diese Regelung ab 2027 nur noch, wenn der Gesamtumsatz des Rechnungsausstellers im Jahr davor 800.000 Euro nicht überschritten hat. Der Empfang von Rechnungen ist ab 1. Januar 2025 verpflichtend. Das heißt für Ärzte: Ab 2025 muss ihre Praxis in der Lage sein, E-Rechnungen zu empfangen und zu verarbeiten. Das Ausstellen einer E-Rechnung gilt jedoch nur für umsatzpflichtige Leistungen. Steuerfreie Leistungen sind von der Pflicht ausgenommen. Erfüllen Einnahmen in Praxen keinen therapeutischen Zweck, sind sie umsatzsteuerpflichtig. Darunter fallen beispielsweise rein ästhetische Behandlungen. Erbringen Ärzte ihre Leistungen vorwiegend gegenüber Patienten, sind sie von der Pflicht zur Erstellung einer E-Rechnung nicht betroffen. Gleiches gilt für Kleinbeträge bis 250 Euro – diese Rechnungen können weiter auf Papier oder als PDF ausgestellt werden. Die Ärzte Zeitung empfiehlt in ihrem Bericht, dass Ärzte ein Gespräch mit ihrer Steuerkanzlei führen beziehungsweise ihre Finanzbuchhaltungssoftware überprüfen sollten. Ebenso sei eine zentrale Mailadresse für den Empfang von elektronischen Rechnungen ratsam. Gleichzeitig, so der Bericht weiter, sollte die Mailadresse an die digitale Belegverwaltung und -archivierung angebunden sein. Sie ist ebenfalls wichtig für Lieferanten und sollte diesen mitgeteilt werden. Damit E-Rechnungen in Papierform nicht getrennt voneinander bearbeitet werden, sollten in der Übergangsfrist Papierrechnungen intern digitalisiert werden.

Pauschale weiter abrechenbar

Die Situation, schreibt die NOZ weiter, rund um die ePA sei angespannt. PVS-Hersteller hätten genau zwei Probleme: instabile Testsysteme und unklare Vorgaben. Das behindere die Entwicklung und Integration in bestehende Systeme. Am 15. Januar 2025 werde es nur eine „dunkelgrüne Schruppbananensoftware“ in den Praxen und Apotheken geben, zitiert die NOZ einen PVS-Hersteller. Kritik übte auch der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). So sieht der Verband unter anderem noch Regelungslücken vor allem bei Jugendlichen und sorgerechtlich relevanten Problemen in der Familie. Anfang Dezember gab es mit Blick auf die ePA auch eine gute Nachricht: Das BMG informierte die KBV

darüber, dass vorerst keine Sanktionen bei der ePA erfolgen werden. Außerdem verlängerte der Bewertungsausschuss die EBM-Leistung zur Erstbefüllung der ePA bis Ende 2025. Sie kann somit weiter abgerechnet werden (siehe Praxis-News vom 3. Dezember 2024). Am Ende der Veranstaltung war Dr. Christiane Wessel eine Angelegenheit noch sehr wichtig: „Wir sollten der ‚ePA für alle‘ eine Chance geben“, betont sie. *ks/set*

Die Aufzeichnung des Livestreams zur ePA im KV-Mitgliederbereich



Künstliche Intelligenz

Noch gibt es viel Vertrauensarbeit zu leisten

KI-Werkzeuge können komplizierte Texte in Leichte und Einfache Sprache umformulieren. Gerade für Menschen mit Beeinträchtigungen, die medizinische Fachsprache verstehen müssen, kann KI eine große Hilfe sein. KI kann aber auch in einem anderen Bereich helfen, nämlich beim Befunden von Röntgenbildern. Sie kann also durchaus in der Medizin helfen. Doch ist ihr Einsatz auch immer sinnvoll?



*Fluch oder Segen:
KI-Chatbots, wie ChatGPT
von OpenAI, können
medizinische Fachtexte
in verständliche
Sprache übersetzen.*

Eine Patientin sitzt in einer Sprechstunde bei ihrem Arzt. Er erklärt ihr ausführlich die Erkrankung, verschreibt der Patientin ein Medikament und bespricht außerdem die Einnahme der Tabletten. Zuhause angekommen fragt ihr Mann, was der Arzt mit ihr besprochen hat – doch ihr fehlen die Worte. Ein Grund: Vielen Menschen fällt es schwer, „das, was sie in der Sprechstunde hören, zu verstehen, zu behalten und später umzusetzen“, schreibt Isabel Aulehla in der Zeitung „Medical Tribune“.

Besonders ungünstig sei das für Personen, die kognitiv eingeschränkt sind, sei es aufgrund einer Behinderung oder von Demenz. An dieser Stelle kommt künstliche Intelligenz (KI) ins Spiel: Sie kann die sprachliche Teilhabe der genannten Personengruppe ermöglichen. „Aktuell arbeiten Forschungsinitiativen daran, medizinische Informationen mittels KI in Einfache Sprache zu übersetzen“, erklärt die Autorin in ihrem Kommentar. Gleichzeitig könne das Zeit-Dilemma der Praxen etwas entschärft werden.

Leichte und Einfache Sprache

In der Praxis unterscheidet man zwischen Leichter und Einfacher Sprache. Gerade erstgenannte Sprachvariante eignet sich am besten „für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen oder Kommunikationsbehinderungen“, erklärt Christiane Maaß von der Universität Hildesheim im Interview mit der „Medical Tribune“. Für Informationen in Leichter Sprache gebe es klare Regeln: „Man darf nur kurze Sätze ohne Nebensätze verwenden.“ Lange

Wörter, Fachbegriffe und Abkürzungen sollten vermieden werden. Bei Einfacher Sprache hingegen könne der Satzbau und die Formulierungen etwas komplizierter ausfallen. Diese Art der Sprache sei besonders für Menschen mit geringen Deutschkenntnissen, weniger ausgeprägter Lesefähigkeit oder für fachliche Laien geeignet. Laut der Meinung von Christiane Maaß habe der KI-Boom die Arbeit mit Leichter Sprache revolutioniert.

Mittlerweile gebe es KI-Werkzeuge, in die man einen Text eingibt und „eine Version in Leichter und Einfacher Sprache erhält. Und nun auch ChatGPT und andere Chatbots, denen man den Auftrag erteilen kann, einen Text in Leichte Sprache umzuschreiben“, erklärt die Universitätsprofessorin. Sie fügt jedoch an: KI-Tools folgten oft nicht genau den Regeln für Leichte Sprache. Mehr noch: Teilweise sei der Inhalt des ausgegebenen Textes nicht immer korrekt. Deshalb müssten KI-generierte Texte „unbedingt geprüft und nachbearbeitet werden“. Trotzdem lautet ihr Fazit: Der Einsatz von KI-Tools erleichtere es Menschen, eine bestimmte Fachsprache in verständliche Formulierungen zu übersetzen. Diese müssten sich jedoch an deren Auffassungsvermögen orientieren und dürfen sie nicht überfordern.

KI als Ergänzung zum Arzt

Glaubt man einer Studie aus Boston, muss zwischen Ärzten und einer KI noch viel Vertrauensarbeit geleistet werden. So berichtete die österreichische Zeitung „Der Standard“, dass 50 Ärzte, die an der Untersuchung teilnahmen und mittels Fallbeispielen Diagnosen stellen sollten, signifikant schlechter abschnitten als ChatGPT im Alleingang. Wurde ihnen jedoch der Chatbot zur Verfügung gestellt, dann „schlugen sie sich nur geringfügig besser als Kollegen, die auf sich selbst gestellt waren“, heißt es in dem Bericht. So erzielte der KI-Chatbot von OpenAI 90 Prozent der Punkte, Ärzte, die ihn nicht nutzen

durften, 75 Prozent und „jene, die Zugriff auf ChatGPT hatten, erreichten durchschnittlich 76 Prozent“. Die an der Studie teilnehmenden Ärzte glaubten an ihre Diagnose. Dafür gibt es laut einem Medizinhistoriker, der ebenfalls in dem Bericht vorkommt, einen einfachen Grund: Wenn Ärzte beschrieben, wie sie auf eine Diagnose kommen, verließen sie sich „auf ihre Intuition oder ihre Erfahrungen“. Demnach müssten, laut eines durchführenden Arztes der Studie, „Programme nicht nur benutzerfreundlich sein, sondern auch das Vertrauen der Ärzte gewinnen“. Der Medizinhistoriker jedenfalls sehe KI als eine Ergänzung zum Arzt, die wertvolle Zweitmeinungen zu Diagnosen anbieten könne.

Andererseits kann KI in der täglichen Arbeit von Ärzten auch schon mal alles andere als eine Hilfe sein. So berichtet der Radiologe Dr. Matthias Soyka in einem Beitrag für den Ärztenachrichtendienst von seinem Selbstversuch mit KI. So habe ihm die Radiologie-Praxis, mit der er zusammenarbeitet, die Möglichkeit gegeben, seine Röntgenbilder zusätzlich von einer radiologischen KI befunden zu lassen. Fand die KI demnach eine Fraktur, wurde diese auf den Bildern gekennzeichnet, wenn nicht, erschien der Hinweis, dass keine Fraktur festgestellt wurde. Soykas Selbstexperiment zeigte: Die KI „übersah keine der von mir detektierten Frakturen im Bereich der Extremitäten. Allerdings konnte sie auch keine Fraktur finden, die ich übersehen hätte“. Der Radiologe zog daraus den Schluss, dass seine Diagnostik durch den KI-Einsatz

auch nicht weiter verbessert wird. Hingegen kennzeichnete die KI einige Strukturen „falsch-positiv als Fraktur“. Dazu gehörten bereits verheilte Frakturen und Osteomien.

Berufserfahrung gefragt

Und seine Mängelliste geht noch weiter: Die KI „hätte keinen Tumor, keine Arthrose, keine Osteoporose oder irgendeine Knochenkrankheit finden können“. Zudem sei sie auf bestimmte Regionen begrenzt: Schwierige Bereiche, „wie Fuß-, Handwurzel oder die Rippen ließen sich mit der KI nicht befunden“. Sein Fazit: „Eine große Hilfe war die KI also nicht.“ Berufserfahrung spielt für den Arzt eine viel größere Rolle: So hätten seiner Meinung nach die „meisten Orthopäden, Unfallchirurgen und Radiologen ihr Handwerk noch ganz traditionell gelernt und können Röntgenbilder des Skeletts befunden“. Er blickt eher mit Sorge auf die zukünftige Ärzteschaft, die sich gegebenenfalls an die „bequeme Diagnostik durch den Computer gewöhnt“ hat. Soyka erwartet, dass die KI künftig Einzug in die Medizin hält, doch man müsse rechtzeitig Lösungen finden und sicherstellen, dass der Mensch sich nicht „in die komplette Abhängigkeit der Computer begibt“. *set*

KI-gestützter Text in Einfacher Sprache zum Thema Kinder-Krankentage



Im Mai 2024 startete die Forschungskooperation mit dem Namen „KI-gestützte Gesundheitskommunikation in Einfacher Sprache (KI-GesKomm)“ der Forschungsstelle Leichte Sprache der Universität Hildesheim mit der Wort & Bild Verlagsgruppe und dem deutschen KI-Unternehmen „SUMM AI“. Dieses stellt das KI-Tool zur Verfügung und trainiert es. Die Aufgabe der Forschungsstelle Leichte Sprache besteht in der Prüfung der Texte auf sprachlicher Ebene mit qualitativen und quantitativen Ansätzen. Erste Ergebnisse veröffentlichte die Apotheken Umschau auf ihrer Internetseite. So entstanden erstmals Gesundheitsartikel, die in leicht verständlicher Sprache überarbeitet wurden. Das Projekt läuft noch bis Juli 2025.

Medizinische Fachangestellte

Helden im Hintergrund



Das KV-Blatt widmet den medizinischen Fachangestellten (MFA) eine neue Serie: In jeder Ausgabe berichtet die Redaktion in Kooperation mit dem Verband medizinischer Fachberufe e. V. zu einem Thema, das MFA beschäftigt und das auf politischer Ebene mehr Aufmerksamkeit erfordert. Teil 1 der Serie: MFA während der Corona-Pandemie: Helden im Hintergrund.



Die Corona-Pandemie stellte das Gesundheitssystem weltweit vor immense Herausforderungen. Im Rampenlicht standen oft Ärzte, Pflegekräfte und Wissenschaftler, die unermüdlich an vorderster Front kämpften. Doch eine Berufsgruppe, deren Arbeit in dieser Krise ebenso unverzichtbar war, fand weniger Aufmerksamkeit: die Medizinischen Fachangestellten (MFA).

Unverzichtbare Alltagshelden

Medizinische Fachangestellte sind das Rückgrat vieler Arztpraxen und Ambulanzen. Sie sind erste Anlaufstelle für Patienten, organisieren den Praxisbetrieb, assistieren bei Untersuchungen und Behandlungen und übernehmen wichtige administrative Aufgaben. Während der Pandemie erweiterte sich ihr Tätigkeitsfeld erheblich: MFA waren maßgeblich an der Organisation und

Durchführung von Corona-Tests, Impfungen und Hygienemaßnahmen beteiligt. Sie mussten sich ständig an neue Vorschriften anpassen und waren häufig das Bindeglied zwischen verunsicherten Patienten und überlasteten Ärzten.

Steigende Belastung

Mit Beginn der Pandemie schnellten die Patientenzahlen in die Höhe. In den Praxen standen MFA vor der

Statement von Patricia Ley, Vizepräsidentin des vmf e. V, Schwerpunkt Berufsbildungspolitik:

„In den letzten Monaten wurden einige neue Gesetze zum Gesundheitswesen verabschiedet, wie das Pflegekompetenzgesetz oder die Krankenhausreform. Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz ist nicht gekommen – zumindest vorläufig. Das einzige der vielen angedachten Gesetze aus dem Gesundheitswesen, welches den ambulanten Sektor überhaupt primär betrachtet hätte. Doch lässt sich in all diesen Gesetzesvorhaben erkennen, dass gewisse Berufsgruppen, wie die der MFA, weiterhin systematisch in der Förderung ignoriert werden. Berufspolitisch gesehen ist es ein Affront, Medizinische Fachangestellte als Entlastungskräfte für Pflegefachkräfte zu betiteln, wie es im Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes steht. Das Berufsbild der Medizinischen Fachangestellten ist und war schon immer ein eigenständiger Beruf, in dem es gewisse Schnittstellen zu anderen pflegerischen und medizinischen Fachberufen gibt. Das Anerkennen der breitgefächerten Kompetenzen des Berufes der MFA ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Jedoch darf keine Abwertung des Berufsbildes zu Gunsten eines anderen Berufsbildes erfolgen. Auch kann es nicht sein, dass Fachkräfte aus anderen Bereichen durch einen verzerrten Wettbewerb gezogen werden, um den Fachkräftemangel in einem anderen zu stopfen – was wiederum den Fachkräftemangel in Arztpraxen verstärkt. Dies ist nur ein Beispiel von vielen, die sich durch die aktuellen Gesetzgebungen ziehen. Nutznießer der Kompetenzen der MFA in der Pandemie haben noch immer nicht erkannt, dass über 480.000 MFA weiterhin von jedweder Förderung aus politischer Sicht ausgeschlossen sind und auf ihren Schultern weiterhin schonungslos Kosten gesenkt werden sollen. Die MFA sind das Rückgrat der Arztpraxis, welche wiederum eine tragende Säule des ambulanten Gesundheitswesens sind. Ein kaputtgespartes Rückgrat kann aber kein Fundament für eine stabile Säule des Hauses des ambulanten Gesundheitswesens sein.“

Herausforderung, Infektionsketten zu unterbrechen und gleichzeitig den regulären Betrieb aufrechtzuerhalten. Das bedeutete nicht nur einen enormen Arbeitsaufwand, sondern auch ein erhöhtes Infektionsrisiko. Die Einführung von Corona-Teststationen und später von Impfzentren verlangte eine zusätzliche Koordination, bei der MFA oft eine Schlüsselrolle spielten.

Besonders belastend war der Umgang mit der Verunsicherung der Patienten. Viele suchten Rat, waren besorgt über Symptome oder brauchten Klarheit über Quarantäne- und Isolationsregeln. MFA mussten nicht nur medizinisch geschult, sondern auch psychologisch einfühlsam agieren. Erschwert haben diese Situationen haltlose Versprechungen von Seiten der Politik, welche auch zu zahlreichen Konflikten führten. Diese wurden auf den Schultern der MFA ausgetragen.

Mangelnde Anerkennung

Während Ärzte und Pflegekräfte in Kliniken oft als „systemrelevant“ gewürdigt wurden, fühlten sich viele MFA übersehen. Sie kämpften mit

einer hohen Arbeitsbelastung und teils mangelnder Schutzausrüstung, insbesondere in den ersten Monaten der Pandemie. Hinzu kamen psychische Belastungen durch die Konfrontation mit wütenden oder aggressiven Patienten, die ihren Frust über Maßnahmen oder lange Wartezeiten ausließen. Laut Berufsverbänden war die Situation für viele MFA so belastend, dass überdurchschnittlich viele ihren Beruf in dieser Zeit aufgaben.

Ein weiterer Kritikpunkt war die unzureichende finanzielle Anerkennung. Viele MFA gingen leer aus, als Bonuszahlungen für medizinisches Personal ausgeschüttet wurden, da diese oft nur für einen Teil des Krankenhauspersonals vorgesehen waren. Dies führte zu Frustration und einer verstärkten Debatte über die Bezahlung und Wertschätzung von MFA.

Lernen aus der Krise

Die Pandemie hat die Schwachstellen im Gesundheitssystem aufgezeigt – und dazu gehört auch die oft unzureichende Unterstützung von MFA. Inzwischen wird in Fachkrei-

sen stärker darüber diskutiert, wie diese Berufsgruppe besser entlastet und gewürdigt werden kann. Das betrifft nicht nur eine angemessene Bezahlung, sondern auch Fortbildungen, Schutzmaßnahmen und eine stärkere gesellschaftliche Wertschätzung. Fehlend in diesen Diskussionen sind weiterhin die Politiker, welche eine einseitige Sicht auf das Gesundheitswesen haben und dies ist der stationäre Sektor.

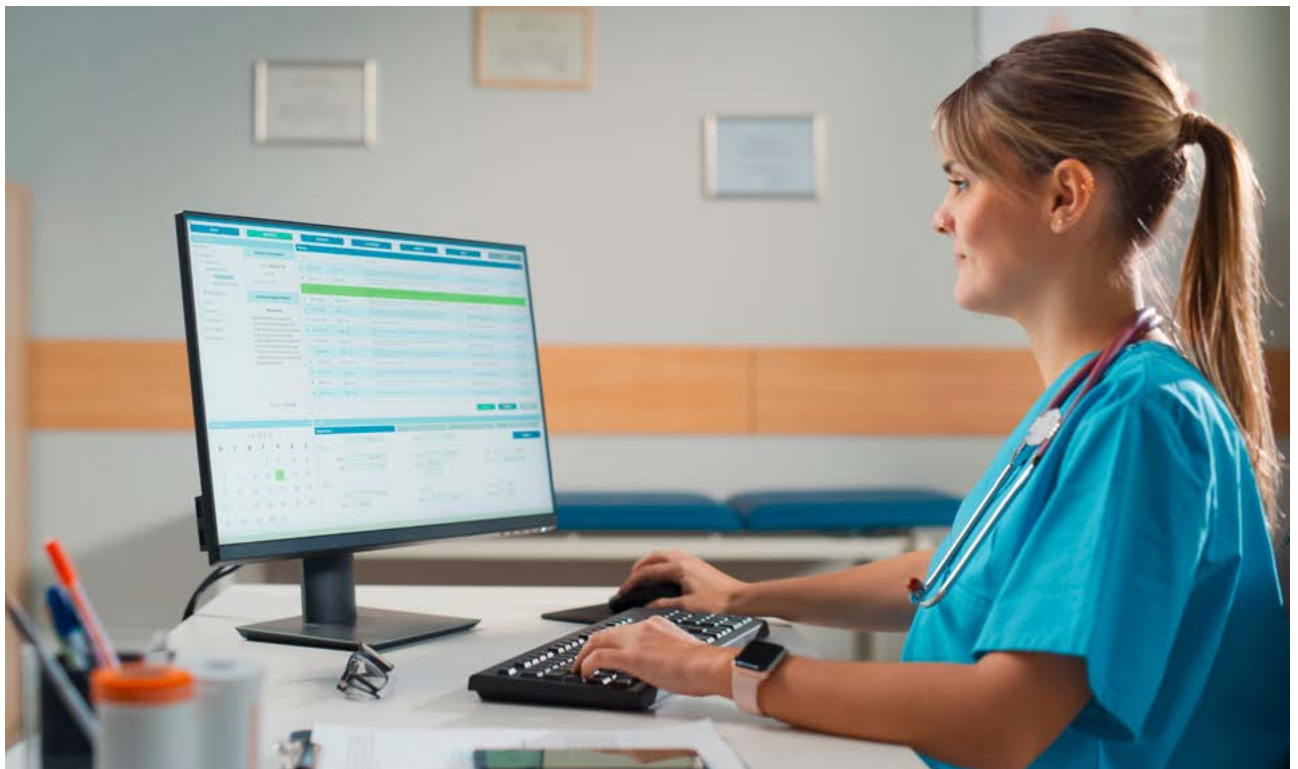
Medizinische Fachangestellte waren und sind unverzichtbar in der Bewältigung der Corona-Pandemie. Sie haben gezeigt, dass sie flexibel, belastbar und engagiert sind – Eigenschaften, die das Rückgrat eines jeden funktionierenden Gesundheitssystems bilden. Die Krise hat jedoch auch gezeigt, dass es an der Zeit ist, ihnen die Anerkennung zu geben, die sie verdienen – nicht nur in Worten, sondern auch in konkreten Maßnahmen. Denn ohne sie wäre die Bewältigung einer solchen Krise kaum möglich gewesen.

*David Stein
Bezirksstellenleitung
Brandenburg Nord*

PraxisBarometer Digitalisierung

Praxen nutzen digitale Anwendungen immer häufiger

Praxen kommunizieren immer häufiger digital miteinander und bauen digitale Angebote für ihre Patienten, beispielsweise die Online-Rezeptbestellung, immer weiter aus. Allerdings berichten nicht wenige Ärzte und Psychotherapeuten auch weiterhin von Schwierigkeiten mit der Technik.



Zum siebten Mal in Folge untersuchte das IGES Institut im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), wie sich die Digitalisierung in den Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten entwickelt. „Der Austausch wird immer digitaler“, fasst KBV-Vorstandsmitglied Dr. Sibylle Steiner die Situation hinsichtlich der Kommunikation unter den Praxen zusammen.

Hoffen auf den digitalen Entlassbrief

Die Zahlen des aktuellen PraxisBarometers Digitalisierung sprechen eine deutliche Sprache. „Die Kommunikation der Praxen untereinander findet für ein knappes Drittel von ihnen nahezu komplett oder mehrheitlich digital statt. Gegenüber dem Vorjahr ist dieser Anteil um acht Prozentpunkte gestiegen“, sagte Dr. Martin Albrecht, Ge-

schäftsführer des IGES Instituts. Die Kommunikation mit Krankenhäusern sei hingegen nur bei sieben Prozent der Praxen entsprechend digitalisiert – „ein eher ernüchterndes Ergebnis“, so Albrecht.

Dabei erhoffe sich eine große Mehrheit, nämlich 80 Prozent der Praxen, einen Anwendungsnutzen im digitalen Austausch mit Krankenhäusern in Form von Entlassbriefen. Tatsäch-

lich hätten aber nur neun Prozent berichtet, Entlassbriefe auf diesem Weg erhalten zu haben. Vier von fünf Arztpraxen gaben laut IGES-Geschäftsführer hingegen an, keinerlei digitalen Austausch mit Krankenhäusern zu haben.

KIM legt deutlich zu

Die am häufigsten verwendete Kommunikationsform im ambulanten Bereich ist nach wie vor die E-Mail mit 58 Prozent. Deutlich zugenommen hat der Nachrichtenaustausch über den Dienst Kommunikation im Medizinwesen (KIM): Gaben im letzten Jahr noch 38 Prozent der Praxen an, darüber zu kommunizieren, stieg der Anteil in diesem Jahr auf 45 Prozent. Die stärksten Veränderungen bezüglich der Inhalte der digitalen Kommunikation gab es in diesem Jahr laut IGES-Geschäftsführer beim Versand von Labordaten (+10 % auf 30 %), von Befunddaten (+13 % auf 39 %) und von Arztbriefen (+12 % auf 53 %) sowie beim Empfang von Befunddaten (+12 % auf 53 %) und Arztbriefen (+14 % auf 77 %). „Die Praxen sehen für diese Inhalte auch am häufigsten den größten Anwendungsnutzen des digitalen Austauschs mit anderen Praxen beziehungsweise ambulanten Einrichtungen“, sagte Albrecht.

Muster 16 weiter in Gebrauch

Mit der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und dem elektronischen Rezept (eRezept) seien die ersten Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) fest im Versorgungsalltag der Praxen integriert, auch wenn deren Nutzung nach wie vor nicht immer problemlos verlaufe, so der Geschäftsführer des IGES Instituts. Der Grund für Schwierigkeiten bei der eAU sei, dass zeitweise der Versand nicht möglich sei, aber auch, dass manche Arbeitgeber bis heute eine AU in Papierform verlangten. Immerhin 99 Prozent der Hausarztpraxen nutzen die eAU regelmäßig, während es beim eRezept 96 Prozent sind. Allerdings greift knapp die Hälfte der Praxen aus verschiedenen Gründen auch noch auf das Muster 16 – das bekannte rosa Papierrezept – zurück.

Nach wie vor ein Manko ist für die Mehrheit (60 Prozent) der Arztpraxen, dass für die Signatur des eRezeptes mehr als zehn Sekunden benötigt werden. Ein Viertel der Praxen benötigt hierzu zwischen fünf und zehn Sekunden. Lediglich 12 Prozent berichten von einem schnelleren Signiervorgang. Nur leicht zugenommen hat die Digitalisierung bei der Kommunikation mit den Patienten außerhalb der Praxis. Berichteten

im vergangenen Jahr 41 Prozent der Praxen, nahezu komplett oder mehrheitlich digital mit Patienten zu kommunizieren, lag der Anteil im Jahr 2024 bei 44 Prozent, so ein Ergebnis der Umfrage. Für die Patienten sehen die Arztpraxen den größten Nutzen digitaler Angebote in der Online-Rezeptbestellung. Psychotherapeuten bewerten hingegen Videosprechstunden als besonders nützlich.

Skeptischer Blick auf die ePA

Auch wenn sich rund 70 Prozent der Ärzte und Psychotherapeuten als aufgeschlossen gegenüber digitalen Innovationen bezeichnen, erwarten circa 90 Prozent der Praxen mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) einen erheblichen Mehraufwand hinsichtlich Verwaltung, Befüllung und Recherche, aber auch für die Aufklärung der Patienten. Gerade Letzteres sei aber Aufgabe der Krankenkassen, erinnerte Steiner.

Folglich blickten die Praxen der ePA mit gemischten Gefühlen entgegen.

Die Ergebnisse der Studie und weitere Informationen zum PraxisBarometer Digitalisierung finden Sie unter dem QR-Code:



Anzeige

**MEYER
KÖRING**
Exzellenz seit 1906



RECHTSBERATUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Wir unterstützen Sie kompetent in den Bereichen:
Zulassung und Niederlassung | Praxisübernahmen und -abgaben | MVZ, BAG und Praxisgemeinschaft | Gesellschafterstreitigkeiten | Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung | Berufsrecht | Arbeitsrecht | Chefarztrecht | Strafverteidigung von Ärztinnen und Ärzten

Kontaktieren Sie uns für eine erste Beratung:
MEYER-KÖRING Rechtsanwälte • Steuerberater | Bonn • Berlin
Schumannstr. 18 • 10117 Berlin | Tel.: 030 206298-6 | berlin@meyer-koering.de



West-Nil-Virus

Klimawandel begünstigt Bedingungen für Erreger

Mit dem West-Nil-Virus infizieren sich vornehmlich Tiere. Erstmals 2019 erfasste das Robert-Koch-Institut (RKI) auch Infektionen bei Menschen. Bis Ende 2024 steckten sich 26 Menschen mit dem Erreger an. Davon entfielen fünf Fälle auf Berlin. Experten gehen für das Jahr 2025 von einem Anstieg der Fallzahlen aus. Infizierte zeigen nur selten Symptome.

Das West-Nil-Virus stammt aus Afrika. Es wird durch Stechmücken übertragen.



Vor allem Pferde und Vögel infizieren sich bislang mit West-Nil-Virus. Anfang August 2024 steckte sich ein Mensch durch eine heimische Stechmücke an, sie war der Überträger. Laut dem RKI seien bis Ende August drei weitere Fälle registriert worden, die auf Reisen in andere Länder zurückgehen. 2024 waren insgesamt 26 Menschen betroffen. In 13 Fällen, so das RKI, wurden die Infektionen bei Blutspendern festgestellt. Diese zeigten jedoch keine Krankheitssymptome. Jedoch seien vier der erfassten Infizierten schwer

erkrankt. 2023 meldete das RKI sieben West-Nil-Infektionen und im Jahr zuvor 17 Ansteckungen. Auch in diesen Fällen übertrugen heimische Mücken das Virus.

Großteil ohne Symptome

Der Erreger stammt ursprünglich aus Afrika. Laut dem Friedrich-Löffler-Institut (FLI) wurde das Virus erstmals 1937 im West-Nil-Distrikt in Uganda nachgewiesen. Von dort gelangte es laut dem RKI durch Zugvögel auch in Gebiete am Mittelmeer und nach Europa. Auf dem europäischen Kontinent trat es erstmals Anfang der 1960er-Jahre in Frankreich auf. 1999 erreichte es auch die USA und verbreitete sich schnell im ganzen Land, ebenso in Kanada. 2018 wurde das Virus erstmals in Deutschland nachgewiesen: Man fand einen mit dem Erreger

infizierten Vogel. In den Folgejahren kam es immer wieder zu Infektionen. Laut dem FLI sind vor allem die Bundesländer Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Sachsen betroffen, „die derzeit das Hauptendemiegebiet in Deutschland darstellen“.

Dabei sind Tiere, vor allem Vögel, am häufigsten von einer Infektion betroffen, selten auch Pferde. Hingegen verlaufen Ansteckungen beim Menschen meist milde oder sogar unbemerkt: 80 Prozent der betroffenen Personen entwickeln keine Symptome. Die restlichen 20 Prozent der Infizierten entwickeln laut RKI milde, meist unspezifische Symptome, wie Fieber oder Hautausschlag. Schwere oder gar tödliche Verläufe kommen auch vor: Davon sind meist ältere Menschen mit Vorerkrankungen betroffen.

Fallzahlen steigen weiter an

Das RKI schätzt die höheren Fallzahlen folgendermaßen ein: In den ersten Jahren, in denen das Virus in Deutschland festgestellt wurde, seien laut dem RKI Blutspender noch nicht umfassend getestet worden, wie es aktuell der Fall ist. Höhere Fallzahlen in den folgenden Jahren führt das RKI auf verstärkte Testungen zurück. Experten gehen von einem Anstieg der Fallzahlen aus. Als Grund sehen sie den Klimawandel. Dieser schaffe immer günstigere Bedingungen für den Erreger. Schon seit längerem gibt es in Süd- und Südosteuropa größere Ausbrüche.

**Mehr Informationen
zum West-Nil-Virus:**



set

Neu anerkannte Qualitätszirkel

Lfd. Nr.	Name des Moderators	Fachgruppe des Moderators	Thema	Kontakt
1	Dr. med. Peter Cleef	FA für Innere Medizin	Behandlung des diabetischen Fußsyndroms im DMP Diabetes	peter.cleef@berlin-dialyse.com 030-49000963
2	Dr. med. Peter Dobrick	FA für Innere Medizin	Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus und der koronaren Herzkrankheit im hausärztlichen Sektor – DMP	peterdobrick@aol.com 030-7961750
3	Dr. med. Peter Dobrick	FA für Innere Medizin	Evidenzbasierte Therapie des Asthma bronchiale und der COPD bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen im hausärztlichen Sektor – DMP	peterdobrick@aol.com 030-7961750
4	Sarah Filter	FÄ für Allgemeinmedizin	Behandlung chronischer Erkrankungen wie Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und COPD im Rahmen der DMP mit Blick auf Begleiterkrankungen	sarahfilter@gmx.de
5	Dr. med. Sonja Hager	FÄ für Innere Medizin, Sozialmedizin	Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Menschen mit Erkrankungen aus dem Fachgebiet der Psychiatrie, der Inneren Medizin/Allgemeinmedizin und der Orthopädie/Chirurgie	info@institut-sbf.de 030-48495540
6	Nadja Schäfer	FÄ für Allgemeinmedizin	Leitliniengerechte evidenzbasierte Therapie ausgewählter Erkrankungen in der Hausarztpraxis unter Berücksichtigung der DMP KHK, Diabetes mellitus, Asthma und COPD	praxis-schaefer@web.de
7	Dr. med. Bettina Schaeffer	Psychotherap. tätige Ärztin	The Missing Manual – Das Handbuch der besonderen, aber weniger bekannten psychotherapeutischen Interventionen	schaeffer@pt-schaeffer.de 0176-56819865
8	Dr. med. Abdul Sattar Sulayman	FA für Chirurgie	Ambulantes Operieren sowie prä- und postoperative Betreuung	sattarsolomon@hotmail.de 01573-4537556

Termine & Anzeigen

Fortlaufende Veranstaltungen

Balintgruppe für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen
(1x Monat erster Do. um 20:00 Uhr, erfahrene FÄe als Leiter, 3 FoBi zertifiziert)

Für Psychosomatische Grundversorgung – WB für P-Ärzte – eigene Psychoprävention
Dt. Akademie für Psychoanalyse (DAP e.V.), 10625 Berlin, Kantstr. 120, Tel. 030 313 28 93
ausbildung@dapberlin.de

Weiterbildung in Gruppenpsychotherapie (TP und AP)
Beginn: 13. September 2025

Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP e.V.,

Kantstraße 120/121, 10625 Berlin
Weitere Info und Anmeldung:
www.dapberlin.de, Tel.: 030-313 28 93, ausbildung@dapberlin.de

Freitag, 17. Januar 2025

Arbeitskreis für Psychotherapie e. V.: Intervision (zertifiziert) für psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen und Psycholog:innen. Wissenschaftliche Leitung: Dr. Isabel Schnabel, Beginn um 20.00 Uhr, Ort: Wenn möglich in Präsenz in den Räumen des BIPP, Arbeitskreis für Psychotherapie e. V., Pariser Str. 44, 10707 Berlin-Wilmersdorf, alternativ

online. Teilnahme kostenfrei, drei Fortbildungspunkte, jeden dritten Freitag im Monat. Anmeldung und Auskünfte beim Veranstalter: Arbeitskreis für Psychotherapie e. V., E-Mail: arbeitskreis@gmx.net.

Freitag, 17. Januar 2025

Institut für Psychotherapie e.V. (IfP): Vortrag „Zur Psychodynamik des neuen Autoritarismus – sozialpsychologische Perspektiven“. Referentin: Prof. Dr. Vera King, Beginn um 20.00 Uhr, Ort: Institut für Psychotherapie e. V., Goerzallee 5, 12207 Berlin. Teilnahme kostenfrei. Eine Zertifizierung ist beantragt.

Praxisabgabe mit Plan. Niederlassen mit Perspektive.
Mit Expertise in Ihre Zukunft.

Erfahren Sie in einem unverbindlichen Erstgespräch, wie Sie Ihre Praxisübernahme oder -abgabe kosteneffektiv und zeitsparend gestalten können.



Elton Becher
elton.becher@bevell.de
030 166 361 9116
www.bevell.de

IHR TRAUM, UNSERE EXPERTISE, GEMEINSAM ERFOLGREICH!

- Über 30 Jahre Erfahrung in der Ärzteberatung.
- Mehr als 2000 erfolgreiche Praxisübernahmen.
- Durchschnittlich 30% Zeitersparnis bei der Praxisübernahme.
- Hauseigene Vermittlung mit umfangreichem Praxisabgeberpool.




Montag, 20. Januar 2025

Berliner Psychoanalytisches Institut (Karl-Abraham-Institut e. V.): Vortrag „Zielvorstellungen im psychoanalytischen Prozess“ aus der Vorlesungsreihe des BPI für Gasthörerinnen und Gasthörer „Was ist Psychoanalyse?“, Referent: Christoph Eissing, Uhrzeit: 20.30-21.45 Uhr. Ort: Berliner Psychoanalytisches Institut (BPI), Karl-Abraham-Institut, Körnerstr. 11, 10785 Berlin. Die Veranstaltung ist kostenfrei und von der Ärztekammer Berlin mit zwei Fortbildungspunkten zertifiziert. Anmeldung beim Veranstalter, E-Mail: sekretariat@bpi-psa.de.

Freitag, 07. Februar 2025

Referent: Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer
Vortrag: Neuroplastizität und Neuromodulation als Prinzipien in der Psychiatrie und Psychotherapie
20.00 bis 22.15 Uhr, 10 Euro (ermäßigt 7 Euro), Zertifizierung beantragt
Präsenzveranstaltung mit Onlineübertragung
Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP e.V., Kantstraße 120/121, 10625 Berlin
Weitere Info und Anmeldung: www.dapberlin.de, Tel.: 030-308 313 30, ausbildung@dapberlin.de

Samstag und Sonntag, 08./09. Februar 2025

Gruppendynamisches Wochenende (zertifiziert)

- Gruppendynamische Selbsterfahrungsgruppen
- Supervisionsgruppe für psychologische und ärztliche Psychotherapeut:innen
- Analytische Tanztheatergruppe
- Kreatives Schreiben in der Gruppe – Ein Weg zu sich selbst und zu den anderen

Beginn: Sa 13 Uhr, So 12 Uhr, 160 Euro (bei Überw. bis spät. 31.01.2025 150 Euro), ermäßigt 90 Euro, 11 UE
Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP e.V., Kantstraße 120/121, 10625 Berlin
Weitere Info und Anmeldung: www.dapberlin.de, Tel.: 030-308 313 30, ausbildung@dapberlin.de

Montag, 17. Februar 2025

Berliner Psychoanalytisches Institut (Karl-Abraham-Institut e. V.): Vortrag „Entstellung – ein Grundbegriff der Psychoanalyse“ aus der Vorlesungsreihe des BPI für Gasthörerinnen und Gasthörer „Was ist Psychoanalyse?“, Referent: Udo Hock, Uhrzeit: 20.30-21.45 Uhr. Ort: Berliner

Psychoanalytisches Institut (BPI), Karl-Abraham-Institut, Körnerstr. 11, 10785 Berlin. Die Veranstaltung ist kostenfrei und von der Ärztekammer Berlin mit zwei Fortbildungspunkten zertifiziert. Anmeldung beim Veranstalter, E-Mail: sekretariat@bpi-psa.de.

Freitag, 21. Februar 2025

Arbeitskreis für Psychotherapie e. V.: Intervention (zertifiziert) für psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen und Psycholog:innen. Wissenschaftliche Leitung: Dr. Isabel Schnabel, Beginn um 20.00 Uhr, Ort: Wenn möglich in Präsenz in den Räumen des BIPP, Arbeitskreis für Psychotherapie e. V., Pariser Str. 44, 10707 Berlin-Wilmersdorf, alternativ online. Teilnahme kostenfrei, drei Fortbildungspunkte, jeden dritten Freitag im Monat. Anmeldung und Auskünfte beim Veranstalter: Arbeitskreis für Psychotherapie e. V., E-Mail: arbeitskreis@gmx.net.


Freitag, 28. Februar 2025

Referent: Univ.-Prof. Dr. med. Karl Heinz Brisch. Vortrag: Bindung, Trauma und Bindungsstörungen
20.00 bis 22.15 Uhr, 15 Euro, Zertifizierung beantragt. Präsenzveranstaltung mit Onlineübertragung
Weitere Info und Anmeldung: www.dapberlin.de, Tel.: 030-308 313 30, ausbildung@dapberlin.de

Samstag, 01. März 2025

Referent: Univ.-Prof. Dr. med. Karl Heinz Brisch. Workshop: Bindungsbasierte Behandlung von Bindungsstörungen
10.00 bis 17.00 Uhr, 180 Euro, zertifizierung beantragt. Präsenzveranstaltung
Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP e.V., Kantstraße 120/121, 10625 Berlin. Weitere Info und Anmeldung: www.dapberlin.de, Tel.: 030-308 313 30, ausbildung@dapberlin.de

Augenheilkunde
Facharzt (w/m/d)



Unsere auf ambulante Operationen spezialisierte Augenarztpraxis sucht augenärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für langfristige gemeinsame Arbeit. Tätigkeiten sind im konservativen und/oder operativen Spektrum möglich. Unser Angebot:

- hohes Einkommen
- modernste Diagnostik und Therapiemöglichkeiten
- Arbeitszeiten familienfreundlich und individuell
- Teamarbeit und Kollegialität

Bewerbung wahlweise an: Augen-Tagesklinik an der Oberbaumbrücke MVZ GmbH, Warschauer Str. 38, 10243 Berlin oder per E-Mail an Angela.Radtke@augentagesklinik.berlin

GRUPPENDYNAMISCHE FORTBILDUNG IN PAESTUM (SÜDITALIEN)

Selbsterfahrung in Gruppen – tiefenpsychologisch und analytisch 20. – 30. August 2025
„Liebe und kreative Entwicklungsmöglichkeiten“
Leitung: Prof. Dr. Dipl.-Psych. Maria Ammon, Dipl.-Psych. Ruth Lautenschläger, Dipl.-Psych. Cornelia Weiß

Kosten: 600,00 € | 400,00 €
 PIAs | 300,00 € ermäßigt (nach
 Rücksprache) | 50,00 € Kinder
 Die Anerkennung als Bildungszeit
 und die Zertifizierung der Selbst-
 erfahrungsgruppen (insges. bis zu
 74 Fortbildungspunkte) bei der PTK
 Berlin sind beantragt.
 Deutsche Akademie für
 Psychoanalyse e.V., Kantstr. 120/121,
 10625 Berlin
 Weitere Info u. Anmeldung:
 www.dapberlin.de, Tel.: 030-308 313
 30, ausbildung@dapberlin.de



- Möbelbau | Praxiseinrichtungen
- Praxisumbau | Renovierungen
- Lichtdesign | Praxisleuchten
- 3D-Raumplanung | Visualisierung
- Konzeption | Ausführung
- Umfangreiche Bauleistungen

**Alles aus einer Hand
 Kostenlose Erstberatung**

DREI DE Objekteinrichtungen
 Praxiseinrichtungen | Praxisedesign
 www.praxisedesign-berlin.de

Stefan Diegel
 Futhzeile 6 • 12353 Berlin
 Tel.: 030 / 74 77 66 05
 info@praxisedesign-berlin.de

Immobilienangebote

Heller Praxisraum, 19 qm, Berlin-Mitte,
 Schumannstraße, in psychotherapeuti-
 scher Praxisgemeinschaft zum 01.02.2025
 zu vermieten. Wartezimmer, Teeküche,
 barrierefrei, 750,-€/Monat (incl. Tele-
 fon, IT, Strom und Reinigung). Tel: 0176 /
 65004456;
 E-Mail: praxis.karwinkel@gmx.de

Vermiete ruhigen, schönen und hellen
 Praxisraum (28,70m²- Einchenparkett,
 Altbau in Berlin Steglitz für einen Arzt/
 Ärztin für Psychotherapie) in einer Fach-
 arztpraxis für Psychotherapie. Raum kann
 ab 01.02.2025 bezogen werden. Handy Nr.:
 0176 / 37443653

Praxistausch

Biete häftigen Praxissitz Psychologische
 Psychotherapie in Berlin-Charlottenburg
 zum Tausch mit einem häftigen Praxissitz
 in Potsdam-Stadt.
 Kontakt bitte über die E-Mail:
 versorgungszentrum@web.de

Praxisübernahme

Suche einen KV-Sitz für Nervenheilkunde
 (Psychiatrie) in Berlin, mit oder ohne
 Praxisräume. Unkomplizierte Über-
 nahme vom Arzt zu Arzt ohne
 Maklerbeteiligung. praxis-psych@web.de

Praxisabgabe

Große und umsatzstarke kardiologisch-
 internistische Facharzt -Praxis in bes-
 ter City-Lage/Berlin/West abzugeben
 Kardiologie-berlin@gmx.net

Allgemeinpraxis/Schmerztherapie
 (behindertengerecht) in Lichtenberg ver-
 kehrstechnisch sehr günstig gelegen zum
 01.04.2025 abzugeben. Chiffre 520255

Praxissitz Neurologie/ Nervenheilkunde in
 Berlin-Charlottenburg zu verkaufen. Da wir

ein MVZ sind, wäre die Übernahme ohne
 Ausschreibung möglich und damit für den
 Käufer garantiert. Kontakt bitte über die
 E-Mail: versorgungszentrum@web.de

Sehr moderne und umsatzstarke HNO-
 Praxis (Berlin/Ost-sehr gute Lage) abzu-
 geben hno.arzt.berlin@gmx.de

Große und umsatzstarke Praxis für Psycho-
 therapie -beste Lage Berlin/West abzuge-
 ben psychotherapie-praxis@mein.gmx

Stellenangebote

Unser MVZ psychische Gesundheit
 Dr. Panitz GmbH in Berlin/Wilmers-
 dorf bietet ab sofort
 eine Anstellung für eine(n) ärztliche(n)
 oder psychologische(n) Psychothe-
 rapeuten(in) für 10-25 Std./ Woche.
 Wir ermöglichen Ihnen flexible und
 familienfreundliche Zeiteinteilung in
 einem kollegialen Team und freuen
 uns über Ihr Interesse. Postanschrift:
 Bundesplatz 4 ; 10715 Berlin
 E-Mail: info@mvz-psychische-
 gesundheit.de Tel.: 0171-4132131

KV Sitz in großer pädiatrischer Gemein-
 schaftspraxis zum 1.1.2026 in Berlin Steg-
 litz abzugeben. info@kindundherz.de

FÄ/FA für Kardiologie zur Anstellung in
 TZ mit Option der späteren Übernahme
 für nicht-invasive kard. Praxis in Berlin
 gesucht. E-Mail: Bewerbung-Kardiologie-
 Berlin@gmx.de

Wir suchen ab sofort eine/n FÄ/FA für
 Psychiatrie und Psychotherapie, FA/FÄ
 für Psychosomatische Medizin und ein/e
 Psychologische/r Psychotherapeut/in für
 ein MVZ in Berlin-Lichterfelde in attrak-
 tiver Lage, in Teilzeit leistungsgerechte
 Vergütung, hohes Maß an selbständiger
 Arbeit. Bewerbung bitte per E-Mail:
 praxis@mvz-lio-berlin.de

Kooperationen

Praxisberatung Bianka Edler:
 Analyse Ihrer Praxis-Prozesse und
 sofort umsetzbare Optimierungsempfehlungen.
 Für effizientere, wirtschaftlichere Abläufe,
 mehr Zeit für Ihre Patient:innen und ein
 motivierteres Team = mehr Freude bei der
 Arbeit! Ich berate praxisnah und für
 jeden verständlich. Jetzt individuelles
 Optimierungs-Package anfragen:
 edler@praxisberatung-edler.de
 Tel. 0151- 55 24 67 28.
 www.praxisberatung-edler.de



Wir beraten und vertreten • niedergelassene Ärzte • MVZ • Krankenhausträger
 • Leistungserbringer im Gesundheitsmarkt • angestellte Ärzte • Chefärzte • Arbeitgeber

Zulassung • Gründung / Auseinandersetzung von Ärztlichen Kooperationen
 • MVZ • Vertragsarztrecht • Arbeitsrecht • KV-Abrechnung • Berufsrecht
 • Nachfolgeregelung / Erbrecht • Steuern

RA André Fiedler
 Fachanwalt für SteuerR
 Fachanwalt für MedizinR

RA Frank Venetis
 Fachanwalt für Arbeitsrecht
 Fachanwalt für Urheber- und Medienrecht

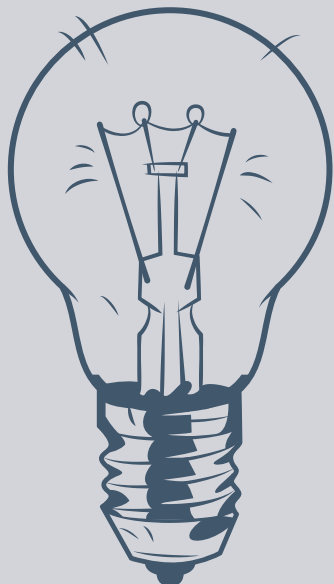
**WMR Fiedler + Venetis
 Rechtsanwalts-gesellschaft mbH**

Dorotheenstraße 3 | 10117 Berlin
 fon 030/88716360 | fax 030/887163612
 info@wmr-kanzlei.de | www.wmr-kanzlei.de

KV-SERVICE-CENTER

service-center@kvberlin.de
www.kvberlin.de

Sprechzeiten:
Mo. bis Fr. 10:00 bis 13:00 Uhr
030/31 003-999



So schreiben Sie uns auf eine Chiffre-Anzeige im KV-Blatt

Bitte schicken Sie Ihre Antwort auf eine Chiffre-Anzeige in einem verschlossenen Umschlag mit Ihren Absenderangaben an die folgende Anschrift:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Abteilung Verlag
Chiffre XXXX
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn

oder alternativ per E-Mail an chiffre@koellen.de

Ihre direkte Antwort an unsere Anzeigenabteilung der Köllen Druck+Verlag GmbH garantiert eine schnelle Weitergabe Ihrer Post an den Adressaten.

Impressum

Das KV-Blatt erscheint alle zwei Monate als Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Körperschaft des öffentlichen Rechts. Der Bezugspreis ist durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin,
Masurenallee 6 A, 14057 Berlin,
verantwortlich im Sinne des Presserechts:
der Vorstandsvorsitzende
Dr. med. Burkhard Ruppert

Redaktionskonferenz:

Dr. med. Burkhard Ruppert (Vorstandsvorsitzender),
Dr. med. Christiane Wessel (stellvertretende
Vorstandsvorsitzende),
Günter Scherer (Vorstandsmitglied),
Dr. med. Gabriela Stempor (Vorsitzende der
Vertreterversammlung)

Hinweis der Redaktion:

Die KV Berlin ist darauf bedacht, bei Texten möglichst durchgängig beide Geschlechter zu nennen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit kann es vereinzelt zu Ausnahmen kommen.

Redaktion:

Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
der KV Berlin (Birte Christophers,
Sebastian Thomas)
E-Mail: redaktion@kvberlin.de

Möchten Sie uns eine Änderung bezüglich Versand, Zustellung oder Abo des KV-Blattes mitteilen oder eine kostenfreie Veranstaltung melden? Dann schicken Sie bitte eine E-Mail an redaktion@kvberlin.de.

Satzbearbeitung und Layout:

Köllen Druck+Verlag GmbH
www.koellen.de

Druck:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn
www.koellen.de

Anzeigenverwaltung:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14, 53117 Bonn
Telefon: +49 (0)228 98982-94
Telefax: +49 (0)228 98982-4082
E-Mail: kvb@koellen.de, www.koellen.de

Anzeigendisposition:

Ralf Henseler, r.henseler@koellen.de
Telefon: +49 (0)228 98982-94

Redaktionsschluss:

2/2025 (März/April): 31.01.2025
3/2025 (Mai/Juni): 28.03.2025

Meldeschluss Kleinanzeigen/Termine:

2/2025 (März/April): 07.02.2025
3/2025 (Mai/Juni): 04.04.2025

Buchungsschluss Anzeigen:

2/2025 (März/April): 07.02.2025
3/2025 (Mai/Juni): 04.04.2025

Bankverbindung für Anzeigen:

Commerzbank Bonn
DE38 3804 0007 0342 8000 00
BIC: COBADEFF380

Vertrieb:

KV Berlin, Adresse des Herausgebers

Bezahlte Beilagen:

FREY ADV

Titel: AdobeStock

Bildnachweise: Soweit nicht anders gekennzeichnet, alle Fotos und Grafiken von AdobeStock

Bitte beachten Sie: Für die Richtigkeit der im KV-Blatt veröffentlichten wissenschaftlichen Beiträge kann die Redaktion keine Gewähr übernehmen. Solche Beiträge dienen dem Meinungsaustausch und die darin geäußerten Ansichten decken sich deswegen auch nicht unbedingt mit der Meinung des Herausgebers. Gleiches gilt für mit Autorennamen oder -kürzeln gekennzeichnete Beiträge. Leserbriefe stellen gleichfalls nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion dar. Anonyme Leserzuschriften können nicht berücksichtigt werden. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung von Zuschriften vor, ebenso deren – sinnwahrende – Kürzung. Ihre Einsendungen behandeln wir sorgfältig. Bitte haben Sie jedoch Verständnis dafür, dass wir für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder keine Haftung übernehmen können. Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten, Grafiken u. dgl. benötigen Sie unser schriftliches Einverständnis.

ISSN 0945-2389 /
73. Jahrgang

AUSZUG SEMINAR-PROGRAMM 2025

ONLINE 

PVSforum

FORTBILDUNGSINSTITUT

bayern
berlin-brandenburg-hamburg
rhein-ruhr

pvs-forum@ihre-pvs.de
pvs-forum.de

GOÄ-GRUNDLAGEN für alle Fachrichtungen

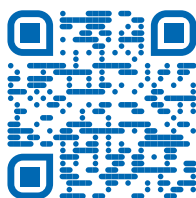
GOÄ-Grundlagen – Teil 1/3 » rechtliche Grundlagen	14.01. (Di) 13:00 – 14:30 F1
	04.02. (Di) 17:00 – 18:30 F5
	11.03. (Di) 13:00 – 14:30 F11
GOÄ-Grundlagen – Teil 2/3 » GOÄ-Begriffe GOÄ-Nummern Abschnitt B	16.01. (Do) 13:00 – 14:30 F2
	06.02. (Do) 17:00 – 18:30 F7
	13.03. (Do) 13:00 – 14:30 F13
GOÄ-Grundlagen – Teil 3/3 » GOÄ-Nummern verschiedener Leistungsbereiche	21.01. (Di) 13:00 – 14:30 F3
	11.02. (Di) 17:00 – 18:30 F8
	18.03. (Di) 13:00 – 14:30 F14

GOÄ FÜR FACHRICHTUNGEN

Allgemeinmedizin (Hausärzte)	15.01. (Mi) 15:30 – 18:30 B1
Augenheilkunde	19.02. (Mi) 15:00 – 18:30 F9
Chirurgie (niedergelassener Arzt)	28.02. (Fr) 14:30 – 17:30 B4
Dermatologie	29.01. (Mi) 15:00 – 18:30 F4
Kardiologie	26.02. (Mi) 14:30 – 17:30 B3
Gynäkologie	24.01. (Fr) 14:30 – 17:30 B2
Orthopädie	05.03. (Mi) 15:30 – 18:30 B5
Pädiatrie	05.03. (Mi) 15:00 – 18:30 F10

ANMELDUNG & INFORMATION

» **ALLE SEMINARE**
pvs-forum.de/seminare
 scannen & anmelden



FORTBILDUNGS-
KOOPERATION



PRÄSENZ 

Fortbildungs-
punkte
beantragt

GYNÄKOLOGIE (B22)

05.02. (Mi), 16:00 – 20:00 Uhr

inkl. Fachvortrag: Doris Scharrel
 Frauenärztin (Naturheilverfahren),
 Beiratsmitglied Berufsverband der Frauenärzte
 e.V. in Schleswig-Holstein

Ort: Ärztegenossenschaft Nord, Bad Segeberg

BG-ABRECHNUNG

12.03. (Mi) 15:30 – 18:30 **B6**

GOÄ – WAHLÄRZTE (CHEFARZT)

19.03. (Mi) 15:00 – 18:00 **F15**

IGeL NACH GOÄ

28.03 (Fr) 14:30 – 18:30 **B7**

GOÄ IM MVZ

02.04. (Mi) 14:30 – 18:30 **B8**

PVSletter.
IMMER INFORMIERT!

Anmeldung zum Newsletter
 unter: pvs-letter.de

Sie haben die Mitarbeiter, wir die passende Lohnabrechnung

- ✓ Profis in der Lohnabrechnung
- ✓ Seit über 65 Jahren etabliert
- ✓ **Berlin** + 5 weitere Standorte
- ✓ Minijobabrechnung mögl.
- ✓ Schon ab 1 Mitarbeiter
- ✓ Daten 24/7 abrufbar

SONDERANGEBOT

Nur hier 1 Monat kostenlos
abrechnen!

Aktionscode: **KV BER25**
unter www.abs-rz.de/kv-ber
angeben!



Jetzt anrufen:
030 69004000
oder Scannen
für mehr
Informationen



ab 4,10 €
pro Mitarbeiter (zzgl. MwSt.)



a.b.s. Rechenzentrum GmbH
Invalidenstraße 34, 10115 Berlin