



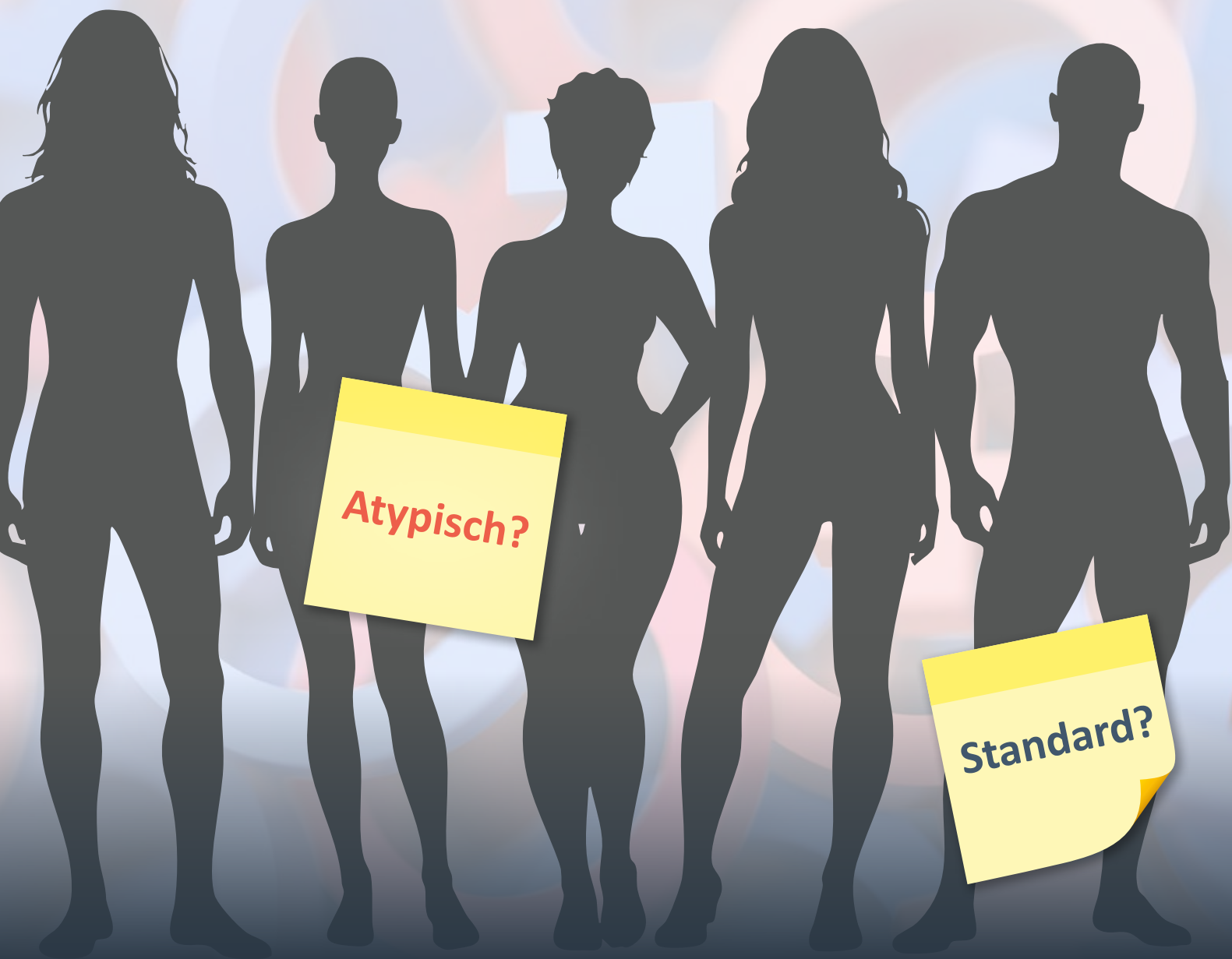
02/2026 · März April

BLATT

Mitgliedermagazin der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

Geschlechtersensible Medizin

Gender ist kein Frauenthema, sondern Medizin



Gesundheitskompetenz

**Prävention fängt
im Mutterleib an**

Messe 2026

**KV Berlin erstmals
auf DMEA vertreten**

Vergütung

**Hybrid-DRG
wird ausgeweitet**

Digital statt Klemmbrett:

Anamnese und Patientenmanagement am iPad.

Mit AmbulApps können Patientinnen und Patienten medizinische Daten sowie Anamnese-, Verwaltungs- und Aufklärungsdokumente digital ausfüllen und rechtssicher unterschreiben – ganz bequem von zu Hause aus oder direkt im Wartezimmer. So wird der Praxisalltag effizienter und moderner.

✓ Daten sofort verfügbar, zeitsparend und effizient

✓ mit den meisten Praxissoftwarelösungen auf dem Markt kompatibel

✓ immer rechtssicher, aktuell und ohne Papierarchivierung

✓ mit Inhalten von Perimed nach dem Patientenrechtegesetz



Weitere Informationen und Module auf
one.cgm.com/ambulapps

CGMCOM-33128_ALB_0226_RRH

CGM one live erleben

Besuchen Sie uns vom 21.–23.4.2026 auf der DMEA in Berlin!



Anamnese & Aufklärung



Vereinbaren Sie eine kostenlose Produktpräsentation oder ein unverbindliches Beratungsgespräch unter: **+49 (0) 30 8099-7131**

✓ 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.

Ein Primärsystem entlastet, wenn die Zuständigkeiten klar sind

Ich arbeite als Hausärztin in Marzahn. Tag für Tag. Kolleginnen und Kollegen hören auf, Nachfolger gibt es nicht. In unserem Ärztehaus sind Ende vergangenen Jahres zwei Hausärzte gegangen. Dr. Burkhard Ruppert hat es richtig formuliert: Die Hausarztversorgung ist seit Jahren gefährdet.

Wenn Politik und Berufsverbände jetzt auf das Primärsystem setzen, braucht es Entlastung – nicht noch mehr Arbeit am Tresen. Ein Hebel liegt auf der Hand: drei Tage Krankmeldung ohne Attest. Für Migräne oder einen kleinen Infekt ist das legitim und würde Termine freimachen. Und ja: Die telefonische Krankschreibung gehört für unkomplizierte, nicht multimorbide Erwachsene dazu. Wer sich krank fühlt, kann das einschätzen – und kommt nach drei, vier, fünf Tagen ohnehin, wenn es nicht besser wird.

Besonders widersprüchlich wird es beim Impfen. Wir sollen Impfquoten erhöhen – und stehen vor einem starren Bestellsystem bei Grippeimpfstoffen. Praxen müssen den Bedarf ein Dreivierteljahr im Voraus festlegen, ohne die Nachfrage der Saison zu kennen. Bestellen wir zu viel, drohen finanzielle Sanktionen; bestellen wir wie im Vorjahr, fehlt am Ende Impfstoff. Der Hausärzteverband fordert deshalb: Impfgregesse abschaffen. Eine Nachbestellung in der Saison ist kaum möglich. In dieser Saison beispielsweise stieg die Nachfrage vielerorts früh und stark an, bestimmte Impfstoffe fehlten bereits Mitte Dezember. Ich habe heute für die Saison 2026/2027 wieder getrennt für über und unter 60-Jährige bestellt – ohne Glaskugel. Ist es zeitgemäß, Hausärzte dafür in Regress zu nehmen? Nein, ist es ganz und gar nicht.

Auch eine Kontaktgebühr halte ich für ein Bürokratiemonster. Wenn überhaupt, sollen Krankenkassen das direkt regeln – und nicht die Praxen mit zusätzlicher Verwaltung drangsalieren.

Und schließlich: Mehr Solidarität zwischen Haus- und Fachärzten heißt, dass jeder seine Hausaufgaben macht. Ein einscannbarer Medikamentenplan mit QR-Code spart Minuten – jeden Tag. Notwendige Labor- und Voruntersuchungen oder CTs sollten Fachärzte, Kliniken und MVZ selbst veranlassen, statt Hausärzte zu Erfüllungsgehilfen zu machen. Um es ganz konkret zu sagen: Für solche Zurufaufgaben muss ich 15 Prozent meiner täglichen Arbeit opfern.

Entlastung ist kein Luxus. Sie ist die Voraussetzung, dass ein Primärsystem in Berlin funktionieren kann – und dass wir impfen, behandeln und begleiten, statt Papierkram zu erledigen. Nur gemeinsam sind wir stark: Wenn jeder seinen Job macht, bleibt Zeit dafür.

Ihre


Dr. Gabriela Stempor
 Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Berlin



Foto: Yves Sucksdorff

„Wir planen
 Grippeimpfstoff neun
 Monate voraus und
 riskieren Regress, wenn
 Dosen übrigbleiben –
 ein Unding.“

Inhalt



Foto: KV Berlin

16

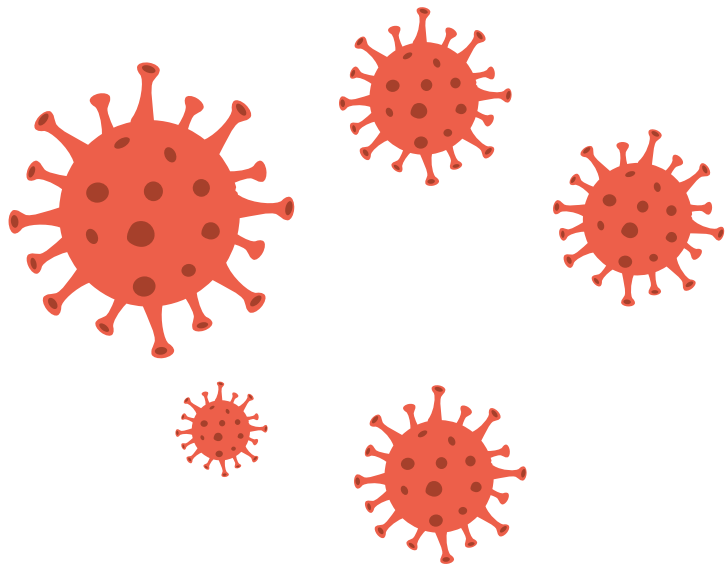
Elektronische Bekanntgabe

Aktuell steht im Rahmen der elektronischen Bekanntgabe bereits der elektronische Honorarfestsetzungsbescheid (eHFB) inklusive Praxishonorarbericht (PHB) zur Verfügung. Die Berliner Psychotherapeutin Dr. Lea Gutz berichtet aus der Praxis.

34

Long-COVID: Studie PAIS Care erweitert Patientenkreis

Im Rahmen des geförderten Versorgungsprojektes PAIS Care können nun auch Patienten in die Studie eingeschlossen werden, die bereits länger erkrankt sind – Erkrankungsbeginn seit dem 1. Januar 2020.



38

Verwaltungskostenpauschale

Die Verwaltungskostenumlage im Ländervergleich: Laut einer Übersicht des Ärztlichen Nachrichtendienstes (änd) variieren die Verwaltungskostensätze in den einzelnen Bundesländern erheblich. Die Pauschale der KV Berlin gehört zu den günstigsten.

Foto: BMG/Jan Pauls



43

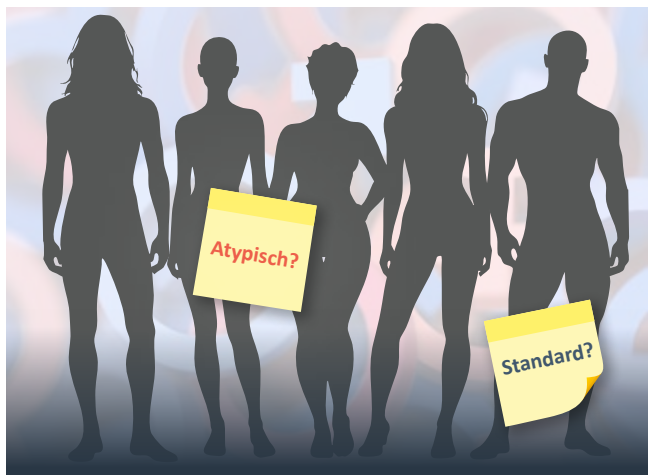
BMG-Gesetzesvorhaben

Finanzierung, Digitalisierung, Struktur und Versorgung: Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat sich mit Blick auf das deutsche Gesundheitswesen eine Menge vorgenommen.

46

Titelthema: Geschlechtersensible Medizin

Die medizinische Norm ist männlich: Dr. Christiane Wessel, Vize-Vorstandschefin der KV Berlin, und Dr. Martina Kloepper, Vorstandschefin des Instituts für Gender-Gesundheit, erklären, wie das unter anderem die Versorgung teurer macht. Außerdem im Gespräch: Dr. Ute Seeland, Professorin für geschlechtersensible Medizin in Magdeburg.



Aus der KV

- 06 Auf einen Blick
- 08 Bericht zur Vertreterversammlung
- 10 KV Berlin beim Gesundheitsausschuss
- 12 Parlamentarischer Abend
- 14 Power Hour zur Vorhaltepauschale
- 15 Vortrag: Studierende zu Gast bei der KV
- 16 Interview zur elektronischen Bekanntgabe
- 18 Neujahrsempfang der Ärzteschaft
- 20 KV Berlin bei der Digitalmesse DMEA
- 22 Vergütung: Hybrid-DRG wird ausgeweitet
- 27 Wichtiger Hinweis zu Rezeptfälschungen
- 28 Nachlese zum Berliner Stromausfall
- 30 Off-Label-Use bei Long-COVID
- 34 Long-COVID: Versorgungsstudie PAIS Care
- 36 KV-Vorständin zur Gesundheitskompetenz
- 38 Verwaltungskostensatz im Ländervergleich
- 40 Förderungswürdige Leistungen in Berlin

Politik

- 43 Gesetzesvorhaben des BMG
- 45 Meldung: Apothekenreform

Titel

- 46 Geschlechtersensible Medizin

Für die Praxis

- 62 Sie fragen. Wir antworten!

Verschiedenes

- 63 Qualitätszirkel

Kleinanzeigen

- 64 Termine & Anzeigen
- 66 Impressum

Auf einen Blick



Die KV Berlin
hat im Jahr
2025

25

Qualitätszirkel-
Moderatoren
neu
ausgebildet.

Quelle: KV-Berlin,
Abteilung Qualitätssicherung



Stand Januar 2026 gab es

4.500

Anmeldungen für
den elektronischen
Honorarfestsetzungs-
bescheid (eHFB),

das sind **70 Prozent** der
KV Berlin-Mitglieder.

Quelle: KV-Berlin,
Abteilung Abrechnung und Honorarverteilung



612 Personen nahmen 2025
an einem von **65** anerkannten
Qualitätszirkeln teil.

Davon sind **29** hausärztliche,
27 fachärztliche und **9** psycho-
therapeutische Qualitätszirkel.



Im Jahr 2025 kamen

524

Besucher im
Rahmen von

146

Führungen in die DEMO
E-Health Showpraxis.

Quelle: KV-Berlin, Digital Health

Das Durchschnittsalter der
KV Berlin-Mitglieder liegt bei

54,7 Jahren.

Der Bezirk Marzahn-Hellersdorf
weist dabei den höchsten Anteil
an jungen Ärzten, der Bezirk
Charlottenburg-Wilmersdorf den
höchsten Anteil an älteren
Ärzten auf.

Quelle: KV-Berlin, Abteilung Bedarfsplanung



Wichtige Themen bei der Vertreterversammlung: Schließen von Versorgungslücken, Krisenmanagement bei flächendeckenden Strom- und Netzausfällen, Chancen der Digitalisierung für die ambulante Versorgung.

Vertreterversammlung der KV Berlin am 29.01.2026

„Wir kommen um Patientensteuerung nicht herum“

Bei der 18. Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin am 29. Januar 2026 betonte der Vorstandsvorsitzende Dr. Burkhard Ruppert die Notwendigkeit einer verbindlichen Patientensteuerung in der Notfall- und Primärversorgung. Daneben berichtete der Vorstand über Fortschritte in der Sicherstellung, Lehren aus dem Stromausfall Anfang Januar und aktuelle Digitalisierungsprojekte.

Gedenken und Auftakt

Zu Beginn erinnerte Dr. Gabriela Stempor, Vorsitzende der Vertreterversammlung, an die verstorbenen Mitglieder. Anschließend begrüßte sie die anwesende Presse und gab einen Ausblick auf die kommende Klausur, bei der Themenschwerpunkte für das Jahr 2026 festgelegt werden sollen.

Verbindliche Patientensteuerung

„Wir werden um Patientensteuerung in Zukunft nicht herumkommen. Wir können nicht weitermachen wie in den vergangenen 30 Jahren“, sagte Dr. Ruppert mit Blick auf die bevorstehende Notfallreform. Es sei nicht mehr möglich, das bisherige Versorgungsniveau uneingeschränkt fortzuführen. „Das geht personell nicht, das geht finanziell



Die Vorsitzende der Vertreterversammlung Dr. Gabriela Stempor gab Ein- und Ausblicke über zentrale Themen in diesem Jahr.



Dr. Burkhard Ruppert auf dem Podium: Der KV-Vorstandschef berichtete über den Erfolg der Niederlassungsförderung in unterversorgten Gebieten.

nicht, das geht nach allen Ressourcen nicht – und das gibt's sonst nirgends auf der Welt, nur hier.“

Mit Nachdruck forderte Dr. Ruppert eine gesetzlich verbindliche Steuer-

ung der Patientenströme: „Es nützt nichts, wenn man die Leute nur bittet, zuerst den Hausarzt oder die 116117 zu kontaktieren – es muss klare Vorgaben geben, sonst funktioniert das System nicht.“

Auch seine Botschaft an die Politik war eindeutig: Die ambulante Versorgung müsse stärker in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Steuerung rücken. „Der Großteil der Versorgung findet im ambulanten Bereich statt. Dafür brauchen wir nachhaltige Strukturen und Prioritäten.“

Rückblick: Stromausfall im Januar

Ein zentraler Punkt des Vorstandsberichts war der großflächige Stromausfall vom 3. bis 7. Januar 2026, der rund 45.000 Haushalte und 200 Praxen in Berlin betraf (siehe auch Seite 28).

Die KV befragte betroffene Praxen zur Krisenbewältigung: Von 76 Rückmeldungen gaben 29 Praxen an, geschlossen zu haben, 13 hielten einen Notbetrieb aufrecht und 34 konnten geöffnet bleiben – teils mit Notstromaggregaten. „Der Einfallsreichtum ist groß in solchen Zeiten“, sagte Dr. Ruppert anerkennend. Ein erhöhter Patientenzulauf in den Bereitschaftsdienstpraxen wurde jedoch nicht festgestellt.

Fotos: KV Berlin

Wichtiger Hinweis

Bitte beachten: Die VV-Sitzungen finden weiterhin in den Konferenzräumen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin statt.

Termine der VV in 2026

Die VV findet immer an einem Donnerstag, jeweils um 19 Uhr, in den Konferenzräumen 1 und 2 der KBV, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin statt.

19. VV: 12. März

21. VV: 24. September

20. VV: 25. Juni

22. VV: 26. November

Für künftige Krisensituationen zieht die KV konkrete Konsequenzen:

- Aufbau von Netzwerken für Krisenmanagement und Notfallkommunikation.
- Einrichtung eines spezifischen Mitgliederpools für Kriseneinsätze.
- Weiterentwicklung der Bereitschaftsdienstordnung, um flexiblere Einsätze zu ermöglichen.
- Ausbau der KV-App und des internen Notfallmanagements in der Dienststelle.
- Enge Zusammenarbeit mit der Gesundheitssenatsverwaltung, insbesondere bei der Priorisierung von Wiederanschlüssen und Informationsflüssen.

Dr. Ruppert lobte die frühe und enge Abstimmung mit dem Senat: „Wir wissen jetzt besser, wie wir uns im Krisenfall erreichen und koordinieren können.“

Hausärztliche Versorgung stabilisiert sich – Förderstrategie im Wandel

Erfreut zeigte sich der KV-Vorstand über die positive Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung. Durch gezielte Niederlassungsförderung sei es gelungen, den Versorgungsgrad in bisher unterversorgten Gebieten auf über 90 Prozent zu steigern. „Das ist ein großer Erfolg – wir haben den Abwärtstrend gestoppt“, so Dr. Ruppert.

Allerdings könne nun in diesen Gebieten nach den aktuellen Förderrichtlinien nicht weiter gefördert werden, da Förderung nur dort möglich ist, wo der Versorgungsgrad unter 90 Prozent liegt.

Mit Blick auf die „doppelte demografische Keule“ – das gleichzeitige

Altern der Bevölkerung und der Ärzteschaft – warnte Ruppert jedoch vor zu viel Optimismus: „In drei bis fünf Jahren wird die Lage erneut anders aussehen.“ Entsprechend regte er an, die Förderrichtlinien anzupassen, etwa durch:

- Anhebung der Fördergrenze auf 95 Prozent Versorgungsgrad
- oder Herausrechnung von Ärzten, die in absehbarer Zeit in den Ruhestand gehen.

Für die Zukunft soll zudem die prospektive Bedarfsplanung (siehe hierzu auch KV-Blatt 01/2026; S. 50 bis 52) intensiviert und die Zahl der geförderten Arztsitze weiter erhöht werden.

Versorgungslücken

Handlungsbedarf sieht die KV Berlin bei augenärztlichen Untersuchungen von Kindern. Trotz eines Zuschlags von sechs Cent pro Leistung sei die Zahl der Praxen, die Kinder in größerem Umfang behandeln, weiter rückläufig. „Offensichtlich reicht der finanzielle Anreiz nicht aus“, so Dr. Ruppert. Die KV will zeitnah Maßnahmen zur Stärkung der Kinder-Augenheilkunde prüfen.

Digitalisierung, Verträge und politische Kommunikation

Neben den Krisen- und Strukturthemen berichtete der Vorstand über:

- den Start der digitalen Abrechnung über die KV-App,
- Fortschritte bei der pädiatrischen Videosprechstunde,
- den Ausbau des KV-Campus Online
- sowie aktuelle Verträge im Bereich Kindeswohl und Jugendschutz mit neuen Möglichkeiten der videobasierten Fallbesprechung.

Auch im Bereich Digital Health und Telematikinfrastruktur bleibt die KV aktiv, unter anderem mit vergünstigten Ticketangeboten für die DMEA 2026 und fortgesetztem Engagement in der politischen Kommunikation auf Landesebene.

Mit großem Dank an alle Mitwirkenden schloss Dr. Stempor die öffentliche Sitzung. Die Vertreterversammlung zeigte sich geschlossen in ihrem Ziel, die Versorgung in Berlin zukunftsfest zu gestalten, mit klaren Schwerpunkten auf Patientensteuerung, digitaler Weiterentwicklung und Krisenresilienz.

Klausurtagung der VV

Die Klausurtagung der VV findet im kommenden Jahr von Freitag bis Samstag, 17. bis 18. April, statt. Der genaue Ort der Tagung wird noch bekanntgegeben.

Am Freitag, von 14 bis 16 Uhr, stehen die sogenannten „Physician Assistants (PA)“ auf der Tagesordnung. Anschließend, von 16 bis 18 Uhr, finden Workshops statt. Die Fachärzte beschäftigen sich hier mit der Frage „Wie lässt sich die RLV-Systematik für die Fachärzte reformieren?“. Hausärzte und Psychotherapeuten gehen den Themen „Klarstellung Entbudgetierung“ und „Weiterbildungsordnung“ auf den Grund. Am Samstag steht der Punkt „Struktur der KV – Welche Optionen gibt es?“ auf dem Programm.



Kontrollierte Patientenströme helfen,
stundenlange Wartezeiten und die
Überlastung von Ärzten einzudämmen.

KV Berlin beim Gesundheitssausschuss

Patientensteuerung bei Notfallreform unabdingbar

Klare Worte zur Notfallreform: Bei einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Berliner Abgeordnetenhauses Anfang Januar legte der Vorstandsvorsitzende der KV Berlin, Dr. Burkhard Ruppert, die Standpunkte der KV Berlin zur Notfallreform und die damit einhergehenden Forderungen an die Politik dar.

Der Gesetzesentwurf zur Notfallversorgung habe Potenzial, aber auch Lücken, erklärte der KV-Chef vor dem Ausschuss und plädierte einmal mehr für eine grundlegende und nachhaltige Reform der Akutversorgung, die eine intelligente Patientensteuerung beinhalte.

„Die Grundlage einer nachhaltigen Notfallreform ist eine verbindliche Patientensteuerung“, erklärte Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der KV Berlin, vor dem Gesundheitsausschuss im Berliner Abgeordnetenhaus.



Foto: KV Berlin



„Ich begrüße die Pläne zur Notfallreform“, betonte Dr. Ruppert und lobte das Potenzial des Gesetzesentwurfs. Doch trotz aller Chancen – rund 80 Prozent der Vorschläge setze Berlin ohnehin schon um – sieht der KV-Vorstandsvorsitzende „klaren Nachbesserungsbedarf“, um nicht am eigentlichen Problem vorbei zu reformieren.

Praxisgebühr nicht praktikabel

Derzeit sei die ambulante Gesundheitsversorgung in Berlin ein hochreguliertes System mit völlig unregulierten Zugangsmöglichkeiten. Um die unkontrollierten Patientenströme künftig besser kanalisieren zu können, sei eine nachhaltige Patientensteuerung über die 116117

Die Forderungen der KV Berlin

- eine verbindliche Patientensteuerung über die 116117 – ambulant vor stationär,
- die Stärkung etablierter Strukturen statt deren Ersatz,
- eine vollständige Finanzierung der Mehrkosten für zusätzliche telemedizinische Leistungen,
- die Übernahme der Vorhaltekosten durch die Krankenkassen – analog zur Krankenhausfinanzierung,
- die Entbudgetierung der Fachärzte für eine faire Honorierung.

alternativlos. Die aktuell erneut diskutierte Praxisgebühr hingegen hält Dr. Ruppert für nicht praktikabel. Vielmehr plädierte der KV-Chef für die Stärkung bestehender Struktu-

ren und die Etablierung intelligenter Kontrollsysteme, die klare Prioritäten setzten. Dabei müsse gelten: virtuell vor ambulant vor stationär.

ike

Anzeige



IMMOADDICT
HEALTHCARE

Ihr Maklerbüro für Gesundheitsimmobilien

SIE BEHANDELN, WIR VERHANDELN.

Wir haben die passende Fläche für Ihre neue Erfolgspraxis.

- ✓ Praxis- & Gewerbeflächen für die Gesundheitsbranche
- ✓ Behandlungsräume bereits ab 15m² im modernen Medical Shared Space
- ✓ Beratung zu Praxisgründung & -finanzierung
- ✓ Qualifizierte Partner für die Praxisplanung & den -Ausbau
- ✓ Wir unterstützen auch bei Fragen zu Recruiting, Marketing & Webdesign



Buchen Sie Ihre kostenfreie & unverbindliche Erstberatung





Nadine Capoen

+49 (0)173 86 79 748

kontakt@immoaddict.de

www.immoaddict.de

IMMOADDICT Immobilienservice GmbH, Gewerbestraße 23, 16540 Hohen Neuendorf, Immobilienmakler Zulassung §34c GewO, Abs. 1

Parlamentarischer Abend

Mehr Köpfe, weniger Arztzeit

Das Berliner Gesundheitssystem ist am Limit. Bedingt durch Demografie und steigende Einwohnerzahlen ist ein flächendeckendes Leistungsversprechen in der ambulanten medizinischen Versorgung vielfach nicht mehr haltbar – trotz steigender Arztzahlen. Um diese strukturellen Herausforderungen und tragfähige Lösungsansätze ging es beim Parlamentarischen Abend der KV Berlin am 18. Dezember 2025.

Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der KV Berlin, und Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorstandsvorsitzende, diskutierten gemeinsam mit ihren Referentinnen Nadine Keil und Martje Teske mit Vertretern der Politik. Zu Gast beim Parlamentarischen Abend waren Ellen Haußdörfer, Staatssekretärin für Gesundheit und Pflege, deren Referentin Katharina Jahn-Günther, Dr. Amelie Fitting, Referentin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung bei der SPD-Fraktion, Christian Zander, Abgeordneter der CDU-Fraktion, sowie die Abgeordneten Catherina Pieroth-Manelli und Silke Gebel mit Referentin Franziska Lorenz, alle drei von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Bezirke vielfach unterversorgt

Die Bevölkerung in Berlin wächst und wird gleichzeitig immer älter und entsprechend kränker. Die Korrelation zwischen Bevölkerungswachstum, Morbiditätszahlen und Versorgungsdichte variiert allerdings je nach Bezirk. Gerade Bezirke mit dem größten Bevölkerungswachstum weisen die



Foto: KV Berlin

Plädierten für mehr gesellschaftlichen Disput: Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorstandsvorsitzende, und Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der KV Berlin.

höchsten Morbiditätsraten auf, sind aber zugleich am schlechtesten ärztlich versorgt.

Die steigenden Ärztezahlen – vor allem bei Frauen im Arztberuf – können das rapide Bevölkerungswachstum nicht ausgleichen. Teilzeitmodelle vergrößern die Versorgungslücken zusätzlich. Verkürzte Arbeitszeiten sind vor allem bei jungen Ärzten beliebt, aber auch der Frauenanteil

im Teilzeitsegment ist nach wie vor hoch. Nur knapp die Hälfte der Ärztinnen in Berlin arbeitet mit einem vollen Versorgungsauftrag.

Intelligente Patientensteuerung

Einen hohen Anteil an der Versorgungsknappheit hat zudem die unregulierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dieses Problem lässt sich nach Ansicht von Dr. Burkhard Ruppert nur durch intelligente Patientensteuerung in den Griff bekommen. Die KV Berlin plädiert für ein tragfähiges Primärversorgungsmodell, das nicht nur Hausärzte, sondern auch Kinderärzte und Gynäkologen und in besonderen Fällen auch andere Fachärzte inkludiert. Der Zugang zu Psychotherapeuten und Augenärzten sowie Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen solle jedoch weiterhin direkt erfolgen können.

Um den Abwärtstrend in der Versorgung zu stoppen, arbeitet die KV Berlin mit Hochdruck daran, eine ausgeglichene Versorgung in den Bezirken sicherzustellen, und hat bereits umfangreiche Förderprogramme initiiert (siehe Infobox). Dennoch ist der große Durchbruch bislang ausgeblieben.

Beim Parlamentarischen Abend bekräftigte der KV Berlin-Vorstand daher einmal mehr die Dringlichkeit einer gesellschaftlichen Debatte darüber, was das Gesundheitssystem in Berlin sich künftig leisten kann und will.

ike

Förderprogramme der KV Berlin

- Anschubfinanzierung bei Neuniederlassung oder Praxisübernahme
- Förderung bei Gründung von Zweigpraxen
- Förderung von Praxispersonal
- Förderung für Anstellungen in der hausärztlichen Versorgung
- Weiterbildungsförderung von nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPA)
- Stipendien für Medizinstudierende und Förderung von Famulaturen
- Aufbau von KV-Praxen (Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick)

SPRACHE DARF KEINE BARRIERE SEIN

Unser
Informations-
Flyer jetzt in
sechs
Sprachen!



Auf unserer
Website verfügbar

Who do you call
in an emergency?

Ты звонишь
в экстренной ситуации?

The right number
at the right time.

المناسب في
المناسب.
BERLINER
FEUERWEHR

KV BERLIN
Berliner Grennwachen, KdM

BERLINER
FEUERWEHR

кный номер
необходимости.
BERLINER
FEUERWEHR

Informationsveranstaltung

Power Hour zur Vorhaltepauschale

Im Dezember vergangenen Jahres lud die KV Berlin ihre Mitglieder zu einer Informationsveranstaltung rund um das Thema Vorhaltepauschale ein. Der Grund: Zum 1. Quartal 2026 werden zur Vorhaltepauschale GOP 04030 EBM der Hausärzte, je nach Erfüllung der Anzahl an Kriterien, die Zuschläge GOP 03041 und 03042 EBM zugesetzt. Die KV Berlin sammelte im Anschluss die wichtigsten Fragen und Antworten der „Power Hour“ zusammen.

Wird die Vorhaltepauschale GOP 03040 EBM von der Praxis abgerechnet oder zugesetzt?

Die Zusetzung der Vorhaltepauschale GOP 03040 EBM erfolgt seitens der KV Berlin, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Voraussetzungen sind, dass die Versichertenziiffern GOP 03000 oder 03030 im Behandlungsfall und keine Abrechnung von fachärztlichen Leistungen im gleichen Behandlungsfall abgerechnet wurden. Die Praxen müssen für die Zusetzung der Vorhaltepauschale nicht tätig werden.

Werden die Zuschlagsziiffern GOP 03041 und 03042 EBM von der Praxis abgerechnet oder zugesetzt?

Die Zuschlagsziiffern GOP 03041 und 03042 EBM werden seitens der KV Berlin zugesetzt, wenn 2 bis 7 Kriterien (GOP 03041) oder 8 bis 10 Kriterien (GOP 03042) gemäß des Beschlusses erfüllt sind. Die Praxen müssen für die Zusetzung der Zuschlagsziiffern nicht tätig werden.

Gilt das Kriterium „Sprechstunden“ als erfüllt, wenn die Praxis an zwei Tagen in der Woche um 7:30 Uhr öffnet?

Nein. Gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses gilt das Kriterium als erfüllt, wenn die Hausärzt:innen einer Praxis die Dauer einer Sprechstunde in den genannten Zeitfenstern von mindestens 60 Minuten bestätigen.

Gilt man als fachgleiche Praxis, wenn die tätigen Hausärzt:innen der KTFG 1, 2 oder 3 zugeordnet sind?

Ja, die KTFG 1, 2 und 3 gelten als fachgleich. Diese umfassen Hausärzt:innen der Arztgruppe 01 gemäß HVM: unter anderem Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin, praktische Ärzt:innen sowie hausärztlich tätige Internist:innen ohne Schwerpunkt.

Gilt man als fachgleiche Praxis, wenn neben mindestens zwei Hausärzt:innen ein oder mehrere

Fachärzt:innen in der Praxis tätig sind?

Ja. Wenn mindestens zwei Hausärzt:innen der KTFG 1, 2 oder 3 (AG 01 HVM) tätig sind und neben den beiden Hausärzt:innen weitere Fachärzt:innen, gilt diese Praxis für die Erfüllung von Kriterium 9 des Beschlusses als fachgleich. Die Teilnahme am Qualitätszirkel muss mittels der Sammelerklärung nicht bestätigt werden.

Wie wird die Teilnahme am Qualitätszirkel bestätigt, wenn es sich um keine fachgleiche Praxis handelt? Und wie melden sich Hausärzt:innen für einen Qualitätszirkel an?

Die Bestätigung der Teilnahme an mindestens vier Sitzungen eines Qualitätszirkels in den vergangenen zwölf Monaten vor Abgabe der Abrechnung erfolgt mittels der Sammelerklärung. Hier muss das entsprechende Häkchen mit der Abgabe der Abrechnung ab 1-2026 erfolgen. Hausärzt:innen, welche an einem Qualitätszirkel teilnehmen möchten, sollten sich direkt an die entsprechende moderierende Person wenden. Die Liste der zugelassenen Qualitätszirkel finden die Mitglieder auf unserer Homepage (siehe QR-Code „Liste der zugelassenen Qualitätszirkel“). Sofern Interesse an der Gründung eines Qualitätszirkels besteht, können sich die Mitglieder unter qualitaetszirkel@kvberlin.de melden.

Im KV-Mitgliederbereich: Mitschnitt der Power Hour zur Vorhaltepauschale



Liste der zugelassenen Qualitätszirkel



Einblicke in die KV-Arbeit

Studierende zu Gast bei der KV Berlin

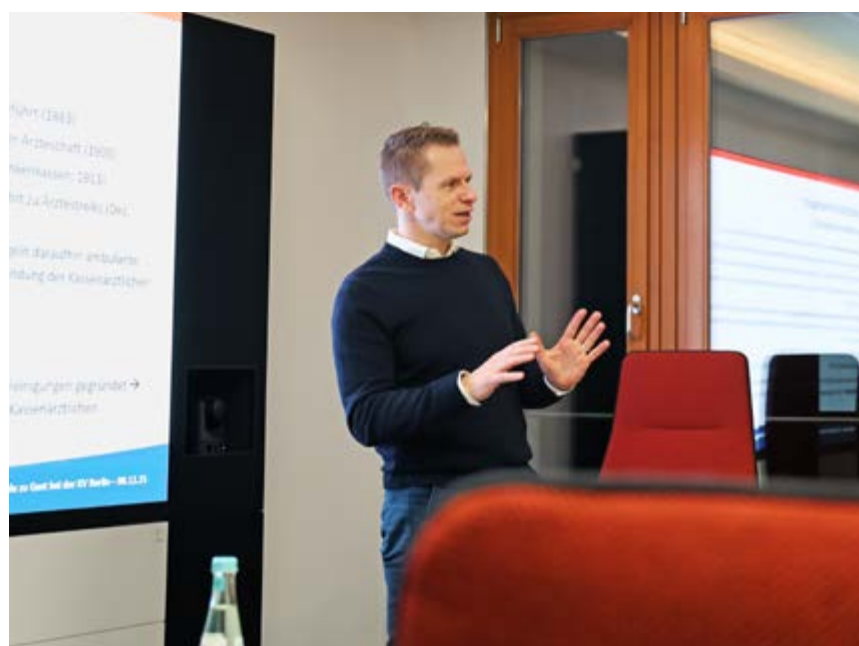
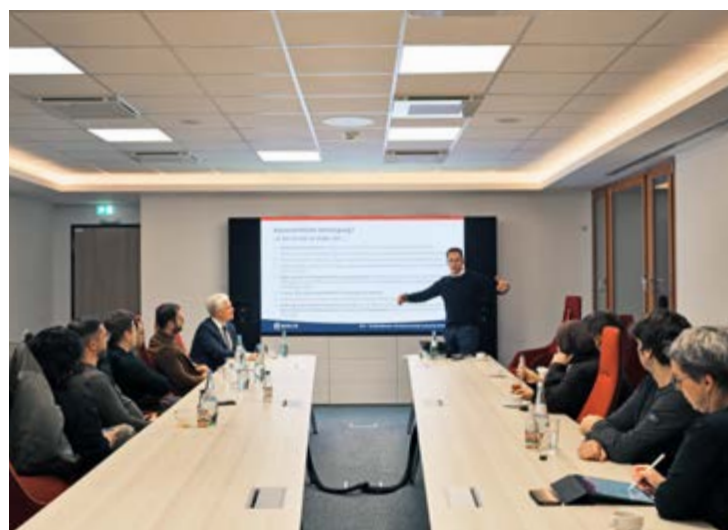
Im Dezember vergangenen Jahres besuchten Studierende der Alice Salomon Hochschule (ASH) die KV Berlin. In einer Info-Runde gab Steffen Kruhl, Referent Unternehmensplanung und Organisationsentwicklung bei der KV Berlin, den jungen Gästen wertvolle Einblicke in die ambulante Versorgungslandschaft der Hauptstadt und erläuterte die zahlreichen KV-Angebote. Die Idee zu diesem

neuen Format entstand gemeinsam mit Marc Schreiner, Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) und Gastdozent an der ASH.

Überblick über aktuelle Arbeit

Bei der Schnupperrunde erfuhren die Studierenden unter anderem, welche zentrale Rolle die Nieder-

gelassenen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung besitzen. Die Anwesenden lernten zentrale KV-Themen wie „Sicherstellungsauftrag“ und „Honorarmanagement“ kennen und konnten sich einen Überblick verschaffen, wo die aktuellen Herausforderungen, Prioritäten und Erwartungen an die KV-Arbeit liegen. *ike*



Fotos: KV Berlin

Elektronische Bekanntgabe

Ein Klick, mehr Überblick, weniger Papier

Künftig fasst die KV Berlin ihre digitalen Angebote der KV Berlin unter der elektronischen Bekanntgabe zusammen. Aktuell steht im Rahmen der elektronischen Bekanntgabe bereits der elektronische Honorarfestsetzungsbescheid (eHFB) inklusive Praxishonorarbericht (PHB) zur Verfügung. Weitere digitale Bescheide – wie zum Beispiel der RLV-/QZV-Bescheid – sollen folgen. Die Berliner Psychotherapeutin Dr. Lea Gutz berichtet aus der Praxis.



Foto: KV Berlin

„Weniger Papierverbrauch und Transportwege bedeuten Klimaschutz“, sagt die Berliner Psychotherapeutin Dr. Lea Gutz im Interview mit dem KV-Blatt.

Wie lief die Umstellung auf die digitalen Angebote der KV Berlin?

Die Umstellung empfand ich als sehr unkompliziert. Ich habe mich im Mitgliederbereich der KV Berlin eingeloggt und konnte den Service mit einem einzigen Klick aktivieren (für den PHB braucht es auf Grund der Zustimmung zur Datenverarbeitung einen weiteren Klick; Anm. d. Red.). Das entsprechende Feld war direkt

auf der Startseite sichtbar, sodass ich gar nicht lange suchen musste. In jedem Fall war sofort klar, wie einfach der Prozess ist.

Was sind für Sie persönlich die Vorteile des eHFB und des PHB?

Für mich ist es ein großer Vorteil, die relevanten Unterlagen digital zur Verfügung zu haben. Das erleichtert den Zugriff erheblich und spart Platz, da ich keine umfangreichen Papierordner mehr in der Praxis aufbewahren muss. Wenn meine Steuerberaterin die Unterlagen benötigt, kann ich sie problemlos digital weiterleiten, ohne sie vorher einscannen zu müssen. Das bedeutet weniger Papierverbrauch, weniger Ressourcenverbrauch und insgesamt effizientere Abläufe.

Der PHB ist für mich besonders interessant. Gerade mit Blick auf die Zukunft halte ich ihn für sehr hilfreich. In den grafischen Darstellungen lässt sich auf einen Blick erkennen, wie sich das eigene Honorar zusammensetzt. Das sagt viel über die eigene Arbeit aus und schafft Transparenz. Ich bin erst seit Februar 2025 in meiner Praxis tätig. In meinem Fall wird es perspektivisch möglich sein, ver-

schiedene Quartale miteinander zu vergleichen. Als Selbstständige ist es für mich wichtig zu wissen, wie stabil mein Einkommen über die Zeit ist. Wenn sich dabei wiederkehrende Muster zeigen, gibt das Sicherheit und nimmt Sorgen. Die visuelle Aufbereitung macht die Informationen deutlich leichter erfassbar als lange Tabellen mit Zahlenkolonnen.

Neben dem persönlichen Nutzen spielt für mich auch der Aspekt der Nachhaltigkeit eine Rolle. Die KV Berlin hat über 10.000 Mitglieder. Wenn man bedenkt, wie viele Seiten an Papier bislang regelmäßig verschickt wurden, wird deutlich, welche Ressourcen dadurch eingespart werden können. Weniger Papierverbrauch und Transportwege bedeuten Klimaschutz. Papier, Druck und Versand verursachen außerdem Kosten, die letztlich über die Mitgliedsbeiträge finanziert werden. Digitale Lösungen ermöglichen an dieser Stelle erhebliche Einsparungen, die an anderer Stelle sinnvoll investiert werden können.

Hatten Sie zu Beginn der Nutzung der digitalen Angebote der elektronischen Bekanntgabe Vorbehalte? Wenn ja, welche?

Ich persönlich hatte keine Vorbehalte. Mir ist aber bewusst, dass es für einige Kolleginnen und Kollegen durchaus Hürden gibt. Gewachsene Gewohnheiten und langjährig etablierte Praxisprozesse lassen sich nicht immer von heute auf morgen umstellen. Gerade wenn Abläufe über Jahre hinweg papierbasiert organisiert waren, kann die Umstellung auf digitale Formate verunsichern. Manche drucken die Unterlagen dann aus, was ja auch weiterhin möglich ist. Die digitale Bereitstellung schließt die Papierform nicht aus, sondern eröffnet zusätzliche Optionen.

Hinzu kommt, dass viele im Praxisalltag stark ausgelastet sind und neue Themen nicht immer höchste Priorität haben. Außerdem ist ein erheblicher Anteil der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Berlin über 60 Jahre alt. Manchen Menschen – wenn auch nicht allen, die ohne digitale Medien aufgewachsen sind – fällt die Umstellung auf digitale Anwendungen teilweise nicht ganz so leicht. Umso wichtiger ist es aus meiner Sicht, dass die KV Berlin alle Mitglieder dort abholt, wo sie momentan stehen, und entsprechende Unterstützungsangebote macht – etwa in Form kurzer Erklärvideos.

Sprechen Sie mit Ihren Kollegen über die elektronische Bekanntgabe, beispielsweise über den eHFB? Wenn ja, wie ist an dieser Stelle das Feedback bezüglich des eHFB?

Ja, darüber spreche ich durchaus mit Kolleginnen und Kollegen. In meinem unmittelbaren Praxisumfeld habe ich vor allem Unsicherheit wahrgenommen, die weniger aus konkreten Problemen resultiert, sondern aus der Neuheit des Angebots. Manche befürchten, sich nicht zurechtzufinden. In solchen Fällen habe ich angeboten, den Einstieg gemeinsam zu machen und zu zeigen, wie einfach der Prozess ist. Häufig folgt dann die überraschte Rückmeldung, dass es tatsächlich nur ein Klick war.

Gleichzeitig gibt es Kolleginnen und Kollegen, die weiterhin lieber mit Papier arbeiten möchten. Wer das möchte, dem empfehle ich trotzdem die Anmeldung für den eHFB (durch die Anmeldung für den eHFB wird der Malus nicht erhoben; Anm. d. Red.). Denn wenn man sich die digitalen Dokumente selbst ausdruckt und wie gewohnt ablegt, spart man zumindest Umschlag sowie Versand und hat zusätzlich jederzeit online Zugriff auf die Berichte der vergangenen Quartale

Was ist aus Ihrer Sicht der größte Mehrwert des eHFB?

Der größte Mehrwert liegt für mich ganz klar in der digitalen Verfügbarkeit als PDF-Dokument. In meiner Praxis gibt es ohnehin schon sehr viel Papier. Mit dem eHFB entfällt ein weiterer papierbasierter Prozess. Wie anfangs erwähnt, muss ich nichts mehr einscannen und habe alle relevanten Unterlagen direkt auf dem Computer verfügbar, etwa für steuerliche Zwecke. Das vereinfacht die Abläufe spürbar.

Wie werden Sie von der KV Berlin mit Blick auf den eHFB unterstützt? Wünschen Sie sich mehr Unterstützung? Wenn ja, welche? Oder erfahren Sie genug Unterstützung durch die Berliner KV?

Die KV Berlin hat uns in der vergangenen Ausgabe des KV-Blattes, über ihren Newsletter „Praxisinformationsdienst“ (PID) sowie auf ihrer Homepage über die elektronische Bekanntgabe wie eHFB und PHB informiert. Diese klare Kommunikation hat dazu beigetragen, dass ich das Angebot ohne weitere Unterstützung nutzen konnte. Allerdings denke ich, dass weitere Hinweise in kommenden Veröffentlichungen hilfreich wären, um wirklich alle zu erreichen. Auch gibt es eine anschauliche Anleitung mit Screenshots dazu, wie man sich für den eHFB und PHB anmelden kann, die noch bekannter gemacht werden könnte (siehe QR-Code „Anleitung zur Anmeldung zum eHFB und PHB“).

Mehr zur elektronischen Bekanntgabe auf der Website der KV Berlin

Auf der Infoseite zur elektronischen Bekanntgabe finden KV-Mitglieder weitere wichtige Informationen. Außerdem bietet die Seite die Möglichkeit, Feedback zur elektronischen Bekanntgabe abzugeben.



Würden Sie sagen, dass sich die Umstellung auf die digitalen Angebote der elektronischen Bekanntgabe gelohnt haben?

Ja, das würde ich eindeutig bejahen. Der Verwaltungsaufwand ist für mich als Selbstständige durch die digitalen Angebote spürbar geringer geworden. Gerade im bürokratischen Bereich ist jede Entlastung hilfreich. Es gibt Untersuchungen, die zeigen, wie viel Arbeitszeit im Gesundheitswesen jährlich für Bürokratie aufgewendet wird. Alles, was hier vereinfacht und beschleunigt, schafft Freiräume für das, wofür wir ausgebildet sind: die Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Interview: set

Anleitung zur Anmeldung zur elektronischen Bekanntgabe – eHFB und PHB



Seminaranmeldung: KV-Honorarabrechnung richtig lesen und verstehen



Neujahrsempfang der Ärzteschaft

Neue Impulse und viel Reformbedarf



Die künftigen Herausforderungen der ambulanten Versorgung seien nur durch einen gemeinsamen Kraftakt zu meistern, so Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der KV Berlin, und Bundesgesundheitsministerin Nina Warken auf dem Neujahrsempfang der Ärzteschaft.

Beim Neujahrsempfang der Ärzteschaft Anfang Januar setzte man im konstruktiven Austausch viele gesundheitspolitische Impulse für 2026. Gleichzeitig zeigte sich einmal mehr, wie groß der Reformbedarf unseres Gesundheitssystems nach wie vor ist. Die KV Berlin, die den Empfang gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Bundesärztekammer (BÄK) sowie der Ärztekammer Berlin (ÄKB) ausrichtet, wies daher erneut



Tauschten sich auf dem Neujahrsempfang aus (v. l. n. r.): Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandschef der KV Berlin, Dr. Ina Lucas, Präsidentin der Apothekerkammer Berlin, und Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorsitzende der KV Berlin.



Erinnerte in seiner Rede an die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems: KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen.

darauf hin, wie wichtig der Austausch zwischen Politik, Selbstverwaltung und ärztlicher Praxis ist und bleibt.

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken war bei der Veranstaltung zu Gast und stellte den Anwesenden die zentralen Reformvorhaben der Bundesregierung vor: von der Weiterentwicklung der Primärversorgung über die Notfallreform bis zu Fragen rund um die Digitalisierung und die Resilienz unseres Gesundheitssystems.

Auch bei der KV Berlin stehen die Weiterentwicklung der Strukturen und die Digitalisierung des ambu-

lantem Gesundheitssektors auf der Agenda für 2026. Daneben werden Versorgungssicherheit und Qualitätssicherung weiterhin zentrale Themen sein.

Die KV Berlin appellierte daher erneut an alle Entscheider, klare Zuständigkeiten und tragfähige Strukturen zu etablieren und den offenen Fachdialog zu fördern, um gemeinsam zukunftsfähige Lösungen entwickeln zu können.

Auch für Bundesgesundheitsministerin Warken ist die Zusammenarbeit aller Akteure entscheidend: Die bestehenden und kommenden Herausforderungen der ambulanten Versorgung seien nur durch einen gemeinsamen Kraftakt zu meistern, betonte sie.



Stellte auf dem Neujahrsempfang der Ärzteschaft die zentralen Reformvorhaben der Bundesregierung vor: Bundesgesundheitsministerin Nina Warken.



Die KV Berlin richtete den Empfang gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Bundesärztekammer (BÄK) sowie der Ärztekammer Berlin (ÄKB) aus.

Fotos: KV Berlin



WEN SUCHEN WIR?

- Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin
- hausärztliche Internistinnen und Internisten
- medizinische Fachangestellte
- Kolleginnen und Kollegen, die Lust haben, eine Praxisstruktur aufzubauen und weiterzuentwickeln
- Menschen mit Freude und Interesse an ambulanter Tätigkeit

WAS BIETEN WIR?

- spannendes Arbeitsumfeld im Osten von Berlin
- Möglichkeit, eine Praxis mit eigenen Ideen weiterzuentwickeln
- modern eingerichtete Praxen
- vielfältige Weiterbildungsmöglichkeiten
- feste Anstellung mit geregelten Arbeitszeiten
- Teilzeitmodelle möglich

BEWERBEN SIE SICH HIER



www.kvpraxis-berlin.de

Digitalisierung in der ambulanten Versorgung

Digitalmesse 2026: Mit der KV Berlin nah dran

Europas führende Messe für Digital Health (DMEA) öffnet vom 21. bis 23. April ihre Tore in Berlin. Zahlreiche Anbieter und Speaker werden auf dem Messegelände die neuesten digitalen Tools und Trends für die Gesundheitswirtschaft vorstellen. Erstmals wird in diesem Jahr auch die KV Berlin bei der DMEA vertreten sein.

Zentrale Themen der DMEA 2026 sind Künstliche Intelligenz, personalisierte Medizin, elektronische Patientenakte (ePA), Interoperabilität, Telemedizin, IT-Sicherheit und Krankenhausinformationssysteme. Obwohl das Thema Digitalisierung sowohl den stationären als auch den ambulanten Sektor betrifft, war Letzterer bislang weniger stark auf der DMEA vertreten.

Gemeinsam in die digitale Zukunft

Die KV Berlin will das ändern und wird daher auf der diesjährigen DMEA gemeinsam mit ihren Partnern aus der KV-Landschaft vertreten sein. Am Gemeinschaftsstand informieren werden neben der KV Berlin die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die kv.digital GmbH als Kompetenzzentrum für Digitalisierung in

der ambulanten Versorgung sowie die mio42 GmbH als Dienstleister für medizinische Informationsprojekte.

Das Motto des Gemeinschaftsstands „Digitale Vernetzung in der ambulanten Versorgung – gemeinsam.sicher. zukunftsorientiert“ bildet den Vernetzungsgedanken, das gemeinsame Engagement und die Innovationskraft ab. Als zukunftsgerichtete Organisation und bundesweit vernetzte Partnerin der Mitglieder will die KV Berlin bei der DMEA 2026 die Digitalisierung des Gesundheitswesens erlebbar machen. Besucher können sich zu vielen brandaktuellen Themen rund um Künstliche Intelligenz und IT-Infrastruktur informieren und im Dialog mit Anbietern und Herstellern die digitale Gesundheitsversorgung aus erster Hand miterleben.

Die DMEA 2026 bietet KV-Mitgliedern eine wohnortnahe Gelegenheit, sich dem Thema Digitalisierung in der ambulanten Versorgung live und mit Spaß zu nähern. Besonderes Bonbon: Mitglieder erhalten vergünstigte Tickets.

Mehr Infos über die attraktiven Angebote der KV Berlin rund um die DMEA 2026 gibt es auf unserer Themenseite (siehe QR-Code). *ike*

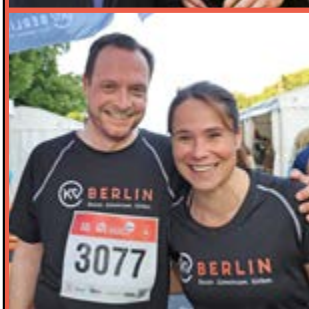
**Infos zu Tickets und anderem
auf der KV-Website**



Innovation unterm Funkturm: Auf der DMEA 2026 zeigt die KV Berlin, wie wir mehr Digitalisierung in der ambulanten Versorgung wagen können.



Jetzt anmelden!



Die KV Berlin lädt ein zum 24. Berliner IKK BB Firmenlauf 2026 und stellt 150 Startplätze zur Verfügung

- ➔ **Mittwoch, 20. Mai 2026**
- ➔ **Start: ab 19 Uhr am Brandenburger Tor**
- ➔ **Disziplinen: Laufen/Walken, Inline-Skaten, Walken, Rollstuhl- und Einradfahren, Handbiken, Skateboarden**

Anmelden für das **Team der KV Berlin** können sich KV-Mitarbeitende, **Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen und deren Mitarbeitende.**

Die Online-Anmeldung ist möglich **bis Freitag, 03. April 2026.**



Mit dem QR-Code gelangen Sie zur Anmeldung auf unsere Webseite

**Markieren Sie den Tag im Kalender und seien Sie dabei, wenn es heißt:
Laufen, Netzwerken und Spaß haben!**

Bitte beachten Sie: Alle Teilnehmer:innen, die bereits 2025 mitgelaufen sind, bittet die KV Berlin, Ihr bereits vorhandenes Lauf-Shirt zu nutzen

Vergütung

Hybrid-DRG wird 2026 deutlich ausgeweitet

Die Hybrid-DRG wird 2026 inhaltlich weiterentwickelt und deutlich ausgeweitet. Der Anwendungsbereich der speziellen sektorengleichen Vergütung wächst, gleichzeitig steigen die Anforderungen an eine korrekte Einordnung und Abrechnung der Leistungen. Mehr dazu im folgenden Beitrag.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Hybrid-DRG ein lernendes Verfahren ist, das sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch bei Krankenkassen und Abrechnungsstellen mit Anpassungsprozessen verbunden ist.

Auf Grundlage der Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses und der Vorgaben der Kassenärztliche Bundesvereinigung trat zum 1. Januar 2026 ein erweiterter Hybrid-DRG-Katalog in Kraft. Der Hybrid-DRG-Katalog wurde deutlich ausgebaut. Statt wie bisher 22 Fallpauschalen, umfasst er ab 2026 insgesamt 69 Hybrid-DRGs, verbunden mit einer Erweiterung auf 904 OPS-Codes.

Differenzierung nach Schweregraden

Die bestehenden HDRG-Fälle werden ab 2026 differenzierter abgebildet. Die Vergütung erfolgt künftig stärker abgestuft nach Schweregrad und Aufwand des Eingriffs.

Sachkosten bleiben Bestandteil der Pauschalen

Sachkosten sind weiterhin vollständig in den HDRG-Fallpauschalen enthalten. Eine separate Abrechnung von Material- oder Zusatzkosten ist nicht möglich.

Rechtliche und formale Umsetzung durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss (ergEBA)

Da keine Einigung zwischen KBV, GKV-Spitzenverband und DKG erzielt wurde, wurden die Hybrid-DRG-Regelungen 2026 vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen. Die Beschlüsse traten zum 1. Januar 2026 in Kraft und bilden die verbindliche Grundlage für die Abrechnung.

Eingriffe bei Kindern und Menschen mit Behinderungen künftig ausgeschlossen

Die Einschränkung stellt eine der wesentlichsten Änderungen dar. Diese Eingriffe müssen ab 2026 regulär über den EBM/stat. DRG abgerechnet werden.

Erweiterung der Fachbereiche und Eingriffsarten

Mit der Katalogerweiterung kommen zahlreiche zusätzliche Fachbereiche und Eingriffe hinzu, darunter:

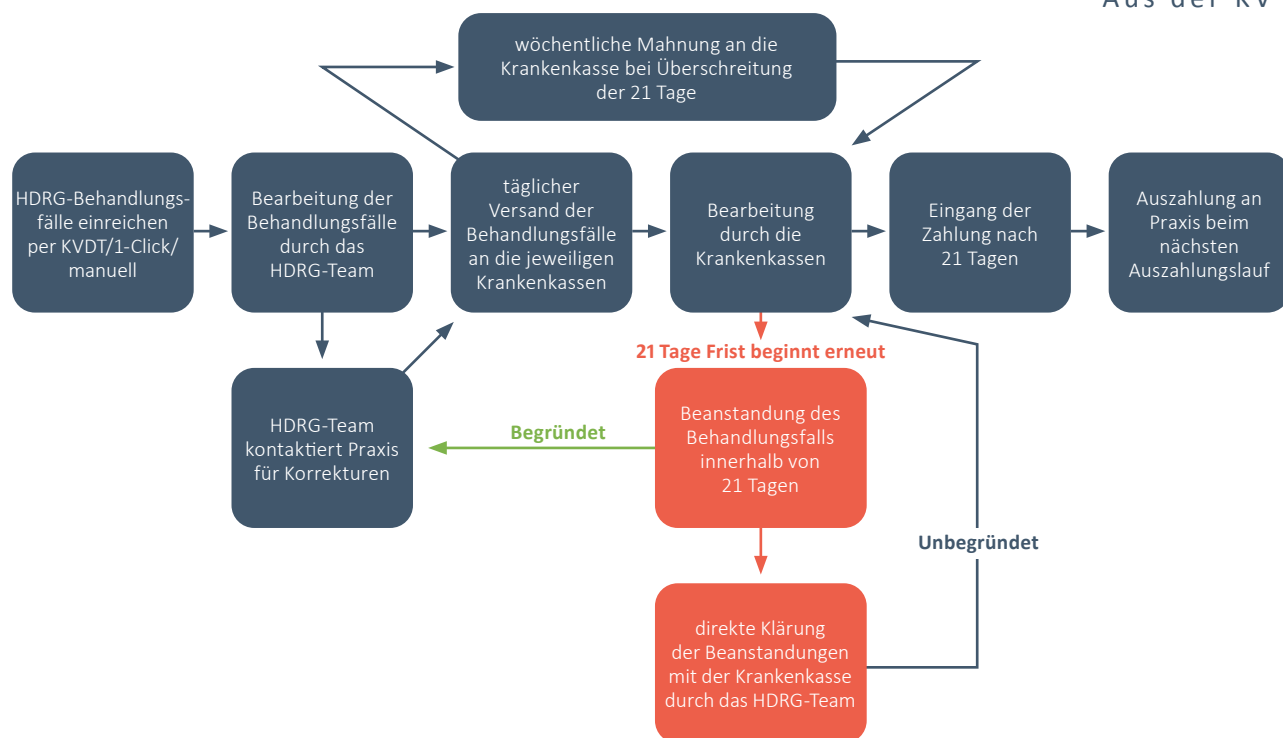
- Appendektomien
- Cholezystektomien
- neue minimal-invasive gefäß- und kardiologische Verfahren
- weitere unfallchirurgische und orthopädische Operationen

Mit dieser Erweiterung nimmt zugleich die Komplexität der fachlichen Zuordnung zu. Die Frage, ob ein konkreter Eingriff dem Hybrid-DRG-Bereich zuzuordnen ist, gewinnt weiter an Bedeutung und erfordert eine sorgfältige Prüfung bereits vor der Einreichung.

Rückblick

Umsetzung und technische Anbindung: In der Anfangsphase der Einführung der Hybrid-DRG standen insbesondere der Aufbau sicherer Übermittlungswege sowie die technische Anbindung der Krankenkassen im Vordergrund. Zu Beginn waren nicht alle Krankenkassen technisch in der Lage, die übermittelten Hybrid-DRG-Daten über die vorgesehenen verschlüsselten Wege zu empfangen oder strukturierte Rückmeldungen zu Beanstandungen und Ablehnungen einzelner Behandlungsfälle zurückzusenden.

Dies führte zwangsläufig zu erheblichen Verzögerungen in der Bearbeitung der Fälle, da einige Krankenkassen erst mit zeitlichem Verzug in die Lage versetzt wurden, die übermittelten Daten zu verarbeiten. Infolgedessen verzögerten sich auch die Zahlungseingänge seitens der Kassen. Der erste Auszahlungslauf



Quelle der Grafiken: KV Berlin

an die Leistungserbringer war daher erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich, konkret im April, wodurch sich auch die Auszahlungen an die Leistungserbringer entsprechend verzögerten.

Diese technischen Prozesse wurden in den darauffolgenden Monaten schrittweise etabliert. Inzwischen funktionieren die Abläufe bei der Mehrzahl der Krankenkassen stabil. Dennoch gibt es weiterhin einzelne Krankenkassen, bei denen es zu Verzögerungen oder unvollständigen Rückmeldungen kommt, sodass Nachfragen zum Bearbeitungsstand und zu ausstehenden Zahlungen erforderlich bleiben.

Learnings aus der Praxis

Die bisherigen Erfahrungen zeigen mehrere wiederkehrende Herausforderungen:

- Unsicherheiten bei der Einordnung, ob eine Leistung Hybrid-DRG-fähig ist: Abweichungen von im HDRG-Katalog aufgeführten OPS-Codes ➔ keine HDRG laut Grouper wegen Zusammenspiel aus Nebendiagnosen/Alter des Patienten/weiteren OPS-Codes
- formale Fehler bei der Einreichung, meist auch durch die manuelle Erfassung von Fällen

- Verzögerungen durch unvollständige oder verspätete Rückmeldungen der Krankenkassen.

Gleichzeitig wurde eine deutliche Lernkurve sichtbar. Mit zunehmender Routine auf Seiten der Leistungserbringer sowie durch angepasste interne Prozesse konnten typische Fehlerquellen identifiziert und reduziert werden. Dies trug maßgeblich zur Stabilisierung der Abläufe bei.

- zum Beispiel: Annahme der Daten per KVDT/1-Click nach engeren Absprachen mit einigen PVS-Herstellern
- enger Austausch mit den Krankenkassen IT-seitig
- Anpassung der Honorarunterlagen ➔ laufender Prozess

Rückmeldungen nach Umfrage

Rückmeldungen aus der Praxis, unter anderem im Rahmen einer Umfrage im Dezember vergangenen Jahres, zeigen, dass insbesondere die Bearbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen als problematisch wahrgenommen wird. Lange Rückmelde- und Zahlungszeiten führen zu Unzufriedenheit und erschweren die wirtschaftliche Planung der Praxen, da Leistungen bereits erbracht wurden, Zahlungen und Rückmeldungen jedoch meist erst nach Ausschöpfung der vollen 21-Tage-Frist erfolgen.

Darüber hinaus wurde in der Umfrage deutlich, dass auch äußere Rahmenbedingungen, wie eingeschränkte oder verzögerte Übermittlungswege in Abhängigkeit vom jeweiligen Praxisverwaltungssystem, zu zusätzlichem organisatorischem Aufwand in den Praxen führen.

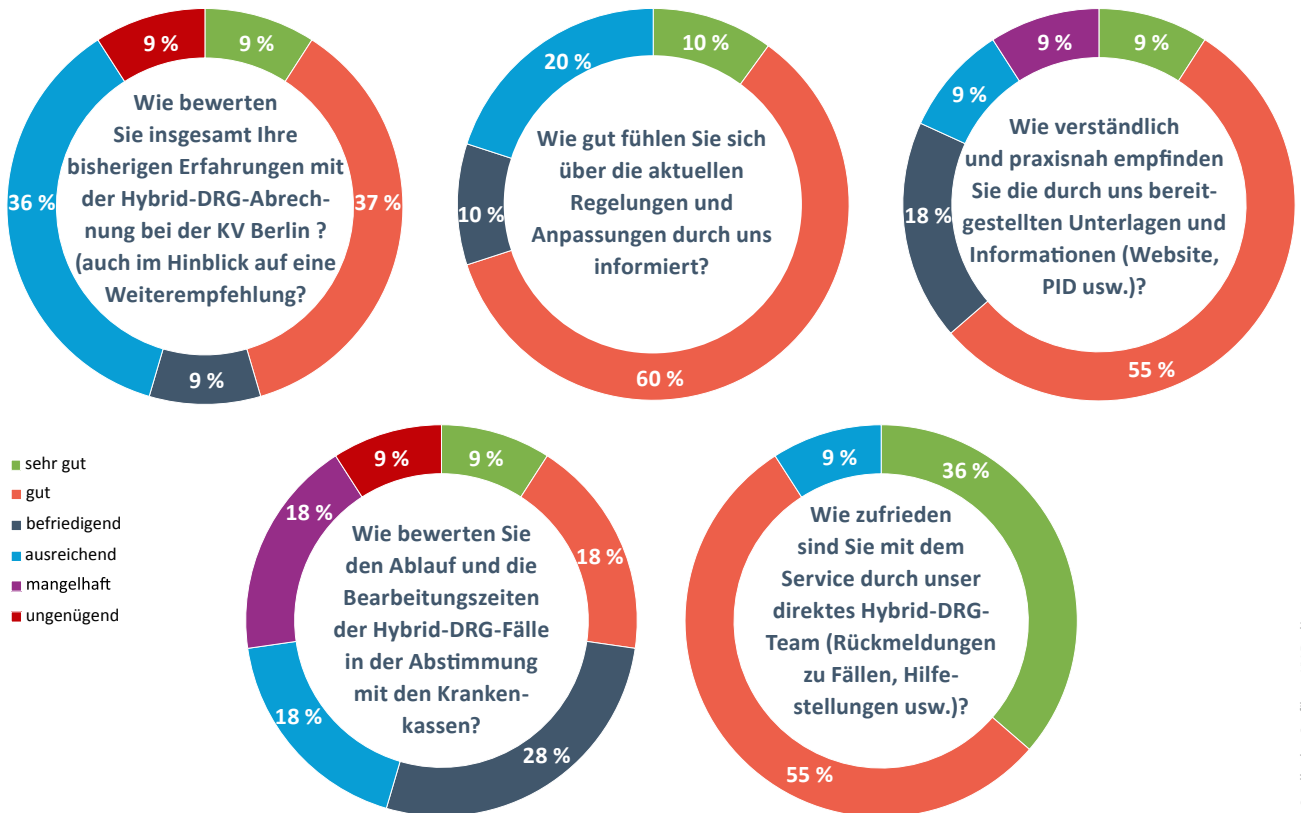
Gleichzeitig zeigt die Umfrage, dass die Zusammenarbeit mit dem Hybrid-DRG-Team überwiegend positiv bewertet wird. Insbesondere die Erreichbarkeit, die fachliche Auskunft sowie die Unterstützung bei Rückfragen und im Abrechnungsprozess werden von den Leistungserbringern als hilfreich und entlastend wahrgenommen.

Diese Rückmeldungen werden aufgegriffen und fließen in die laufenden Abstimmungen ein. Ziel ist es, Transparenz zu schaffen und die Abläufe intern weiter zu verbessern, auch wenn Bearbeitungszeiten extern nicht allein beeinflusst werden können.

Abrechnung und Auszahlung

Parallel zur inhaltlichen Weiterentwicklung der Hybrid-DRG wurden auch die kontinuierlichen Abrechnungsprozesse angepasst. Die Darstellung der Honorarunterlagen wurde überarbeitet und benutzer-

Ergebnisse der Zufriedenheits-Umfrage



freundlicher gestaltet, um die Transparenzen und Nachvollziehbarkeit der Abrechnung zu verbessern. Weitere Anpassungen sind bereits in Vorbereitung.

Auch bei den Auszahlungsläufen konnten Fortschritte erzielt werden. Während zu Beginn ein monatlicher Auszahlungslauf vorgesehen war, sind inzwischen zwei Auszahlungsläufe pro Monat möglich. Perspektivisch ist – bei entsprechender Mitwirkung der Krankenkassen und regelmäßigen Zahlungseingängen – auch eine weitere Verkürzung der Auszahlungsintervalle realistisch.

Technische Rahmenbedingungen

Eine effiziente Hybrid-DRG-Abrechnung ist weiterhin stark von der technischen Anbindung abhängig. Praxisverwaltungssysteme spielen dabei eine zentrale Rolle. Die bisherigen Erfahrungen zeigen jedoch, dass erforderliche Updates zur Datenübermittlung nicht bei allen

PVS-Herstellern priorisiert umgesetzt werden. In der Folge sind einige Praxen weiterhin gezwungen, Hybrid-DRG-Daten manuell einzureichen.

Dies führt zu einem deutlich höheren zeitlichen Aufwand und größerer Fehleranfälligkeit. Die Bearbeitung der Hybrid-DRG-Abrechnung erfolgt auf Basis langjähriger Abrechnungserfahrung und mit einem hohen Praxisbezug. Kenntnisse aus dem ambulanten Operieren fließen ge-

zielt in die Prozesse ein, um typische Herausforderungen der Praxen zu berücksichtigen und den organisatorischen Aufwand möglichst gering zu halten.

Für Leistungserbringer stehen verschiedene Informationsangebote zur Verfügung, die einen schnellen Einstieg und eine sichere Einreichung unterstützen:

- Die Website bietet einen kompakten Überblick über das Hybrid-DRG-Verfahren, die grundlegen-

Ihr Praxis-Nutzen auf einen Blick

- deutlich erweiterte Abrechnungsoptionen für operative Leistungen
- attraktivere Vergütung für komplexere ambulante Prozeduren
- praxisnahe Betreuung durch das Hybrid-DRG-Team der KV Berlin
- kontinuierliche Anpassung und Erweiterung des OPS-Katalogs

Möchten Sie mehr zur Hybrid-DRG-Abrechnung wissen? Besuchen Sie die Informationsseiten der KV Berlin im Mitgliederbereich oder kontaktieren Sie das Hybrid-DRG-Team direkt.

den Abläufe sowie die verfügbaren Einreichungswege.

- **Anleitung zur Einreichung:** Die Anleitung beschreibt Schritt für Schritt, wie Hybrid-DRG-Fälle eingereicht werden können – sowohl manuell als auch über unterstützende Systeme.
- **Einreichungswege:** Je nach technischer Ausstattung ist die Einreichung manuell, über Praxisverwaltungssysteme (PVS) oder – bei entsprechender Voraussetzung – über weitere digitale Übermittlungswege möglich.

Aktuelle Informationen und Dokumente werden fortlaufend bereitgestellt und bei Bedarf aktualisiert.

Ausblick

Hybrid-DRG bleibt ein dynamisches Verfahren, das sich weiterentwickelt. Die bisherigen Erfahrungen aus

der praktischen Umsetzung zeigen, dass zentrale Herausforderungen erkannt und erste Verbesserungen erfolgreich umgesetzt wurden. Auch künftig werden Anpassungen erforderlich sein, um Hybrid-DRG für alle Beteiligten praktikabel, transparent und zukunftsfähig weiterzuentwickeln.

Vorstellung des Teams

Hybrid-DRG stellt eine besondere Form der Abrechnung dar, die sich in ihrer Systematik und Dynamik von den klassischen Abrechnungsstrukturen unterscheidet. Als Sonderform der Abrechnung, die nicht vollständig der bisherigen Abrechnungslogik folgt, erfordert sie neue Herangehensweisen und eine stärkere Orientierung an den praktischen Abläufen in den Praxen. Diese besondere Ausgangslage bietet zugleich die Möglichkeit, Prozesse ergänzend zur

bestehenden Abrechnungspraxis praxisnah weiterzuentwickeln.

Alle Teammitglieder verfügen über eigene Praxiserfahrung im ambulanten Bereich, einschließlich Tätigkeiten in Praxen mit ambulant-operativem Schwerpunkt und in unterschiedlichen fachärztlichen Disziplinen. Die Herausforderungen und Abläufe des Praxisalltags sind dem Team daher aus eigener Tätigkeit bestens bekannt.

Dieses Praxiswissen wird gezielt mit der Erfahrung aus der Abrechnungsarbeit innerhalb der KV verbunden, um die Abläufe im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben so zu gestalten, dass der zusätzliche organisatorische Aufwand für die Praxen möglichst gering bleibt.

*Abteilung Abrechnung
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



Hybrid-DRG abrechnen – mit der KV Berlin als starkem Partner



Sie sind operativ tätig? Dann bietet Ihnen die KV Berlin eine sichere und transparente Abrechnung von Hybrid-DRG über Ihren bereits bestehenden Online-Portal-Zugang.

Ihre Vorteile

- ✓ attraktivere Vergütung im Vergleich zu EBM
- ✓ Fallpauschalen statt einzelner Leistungsziffern
- ✓ 1,5 % Aufwandsersatz (zzgl. USt.)
- ✓ Tägliche Einreichung Ihrer Abrechnungsfälle und geplante wöchentliche Auszahlung an Sie (nach Zahlungseingang durch die Kassen)
- ✓ Einfache Datenübertragung aus dem Praxisverwaltungssystem via 1-Click oder Online-Erfassung
- ✓ Beteiligungsberechnung: Die Vergütungsanteile können transparent zwischen beteiligten Operateur:innen/Anästhesist:innen ausgewiesen werden
- ✓ Kostenfreie Nutzung des Groupers
- ✓ Kündigung zum Monatsende möglich

Verzichten Sie nicht auf eine attraktivere Vergütung.

Zeitnahe Auszahlung statt quartalsweiser Abrechnung!



Wichtige Informationen online abrufen

Hybrid-DRG-Abrechnung

Hybrid-DRG-Themenseite auf www.kvberlin.de

Sie haben Fragen zu Hybrid-DRG?

Unser Team ist für Sie da:



Abrechnung-Hybrid-DRG@kvberlin.de



Hinweis zu Rezeptfälschungen

So können sich Praxen schützen

Leider werden der KV Berlin – trotz zahlreicher Vorkehrungen in den Praxen – immer wieder Fälle von Rezeptfälschungen gemeldet. Wir möchten daher an dieser Stelle noch einmal sensibilisieren und Praxen einige Tipps mit auf den Weg geben.

- Melden Sie Rezeptfälschungen oder Verdachtsfälle unverzüglich an die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten bei der KV Berlin: Korruptionsbekaempfung@kvberlin.de
- Erstellen Sie Strafanzeige bei der Polizei und bewahren Sie den Beleg mit der polizeilichen Vorgangsnummer sorgfältig auf. Der Beleg ist wichtig, um ihn gegebenenfalls bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorzuzeigen und damit zu bestätigen, dass die Rezeptverordnung auf einer Fälschung beruht.
- Sichern Sie Papiervordrucke in Ihren Praxisräumlichkeiten gegen unbefugte Wegnahme
 - Bewahren Sie die Vordrucke an einem sicheren und verschlossenen Ort auf.
 - Vermeiden Sie Blankounterschriften auf den Papiervordrucken.
- Nutzen Sie E-Rezepte anstelle von Papierrezepten, wo möglich (beispielsweise auch bei Betäubungsmittel-Rezepten).
- Bei Heim- und Hausbesuchen:
 - Ersetzen Sie das Papierrezept durch das E-Rezept.
 - Lassen Sie Rezeptvordrucke im Auto nicht offen liegen. Der KV Berlin sind in der Vergangenheit auch Diebstähle aus dem Auto gemeldet worden.
- Sensibilisieren Sie auch Ihr Praxispersonal sowie Vertretungsärzte für dieses Thema. *mo*

Anzeige



Erleben Sie eine Steuer- und Rechtsberatung für Ärzte und Zahnärzte, die nicht nur Probleme löst, sondern Chancen erkennt, die Ihre Praxis nach vorne bringen.

Unsere Experten von KMW | Lieben-Obholzer verbinden Steuer- und Medizinrechtsberatung, um Sie früher auf potenzielle Gefahren hinweisen zu können, damit diese erst gar nicht entstehen. Dies spart nicht nur Geld, sondern kann Ihre Existenz retten. Durch die regelmäßigen persönlichen BWA-Auswertungsgespräche sind wir im kontinuierlichen Austausch und steuern gemeinsam mit Ihnen das Wachstum Ihres Unternehmens.

Jetzt ein
unverbindliches
Gespräch anfordern.



Telefon: 030/23540-500



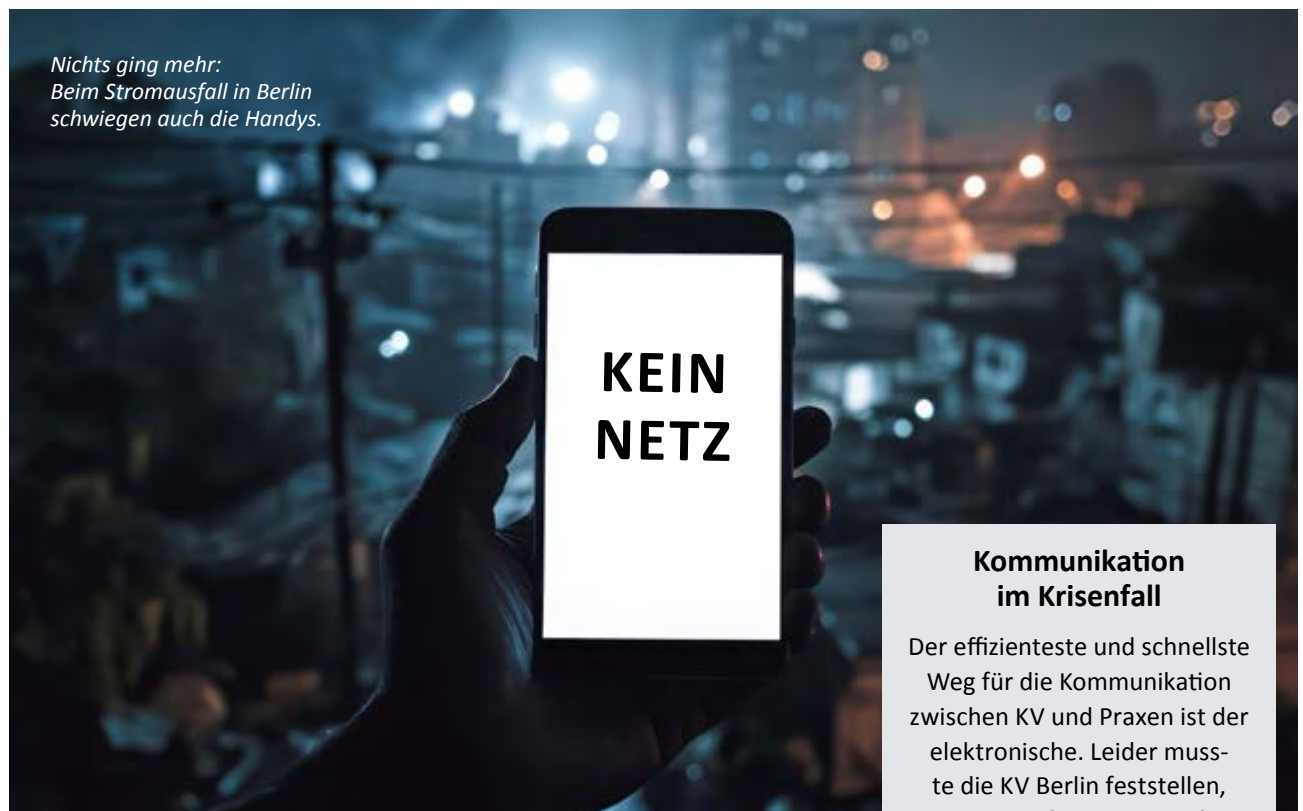
KMW | Katharina Lieben-Obholzer, Glienicke Str. 6 c, 13467 Berlin-Hermsdorf, www.kmw-tax.com

ANZEIGE

Stromausfall in Berlin

Lichtblicke im Dunkel

Während der Süden Berlins zum Jahresbeginn in kalter Dunkelheit versank, war man bei der KV Berlin hellwach. Es galt, den 205 im Ausfallgebiet ansässigen ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen rasch Unterstützung zukommen zu lassen und Notfallkapazitäten bereitzustellen. Was lief gut, was weniger? Eine Nachlese von Peter Pfeiffer, Hauptabteilungsleiter Sicherstellung, und Steffen Kruhl, Referent für Unternehmensplanung und Organisationsentwicklung sowie derzeit Krisenbeauftragter der KV Berlin.



Peter Pfeiffer und Steffen Kruhl lobten in einem Gespräch mit dem KV-Blatt die Krisenkommunikation während des Ausfalls. Der Krisenstab der Senatsgesundheitsverwaltung habe die KV Berlin sehr zeitnah informiert und in den Austausch

eingebunden. Einmal mehr habe sich die enge und gute Zusammenarbeit der KV Berlin mit der Berliner Senatsverwaltung ausgezahlt.

Aber nicht nur der externe Dialog habe besser funktioniert als bei früheren Krisen, auch KV-intern sei

Kommunikation im Krisenfall

Der effizienteste und schnellste Weg für die Kommunikation zwischen KV und Praxen ist der elektronische. Leider musste die KV Berlin feststellen, dass nicht für alle betroffenen Praxen E-Mail-Adressen hinterlegt sind. Deswegen wird sie in Kürze auf ihre Mitglieder zugehen mit der Bitte um Meldung bzw. Aktualisierung der E-Mail-Adressen. Weitere Kontaktmöglichkeiten sind wünschenswert.

man „von Anfang an handlungsfähig“ gewesen, betonte der Chef der Abteilung Sicherstellung. Trotz „außerdienstlicher Zeiten“ – die Krise begann am Wochenende – hätten sich KV-Mitarbeitende zügig um die wichtigsten To-dos gekümmert. Durch kurzfristig organisierte Zusatzöffnungszeiten der KV-Notfallpraxis am Campus Benjamin Franklin (Charité) konnte eine zusätzliche Versorgung während des Stromausfalls etabliert werden, um die krisenbedingten Versorgungsdefizite bestmöglich zu kompensieren.

Schweigen im Netz

Der Ausfall der Funkmasten habe die Kommunikation mit der Bereitschaft allerdings erheblich erschwert, erklärte Pfeiffer. Weil die Datenautobahn nicht befahrbar war, seien viele Bereitschaftsärzte nicht erreichbar gewesen.

Um Praxen für die Zukunft bestmöglich auf Krisen vorzubereiten und die Vernetzung des kollegialen Austauschs zu fördern, plant die KV Berlin neue Kommunikations- und Informationsformate für Mitglieder, etwa einen vereinfachten Zugang zu Adressen von Notfallpraxen oder die Möglichkeit, den eigenen Praxisausfall schnell und unkompliziert online zu melden.

Zwar wären Online-Angebote bei einer Totalausfall-Konstellation wie im Januar akut nicht nutzbar gewesen, doch Pfeiffer setzt auf die präventive Wirkung, um die „Awareness“ der Mitglieder langfristig zu stärken und den Dialog zu vereinfachen.

Bereitschaftsvergütung diskutabel

Die schwierige Erreichbarkeit geeigneter Bereitschaftskräfte habe ein weiteres Problem offengelegt, erklärte Pfeiffer. Die strikten Vorgaben der Bereitschaftsdienstordnung hätten sich im konkreten Fall insofern als problematisch erwiesen, als der Bereitschaftsdienst nach aktueller Regelung bestimmte Qualifikationen

vorhalten muss, die durch regelmäßige Fortbildungen nachzuweisen sind. Ob die strengen Prämissen unter bestimmten Voraussetzungen aufgeweicht werden können, um flexibler auf Herausforderungen reagieren zu können, sei zu prüfen.

Für diskutabel hält Pfeiffer zudem die Frage der Vergütung für den Bereitschaftsdienst. Das derzeitige Modell ist effizienzbasiert, das heißt: Vergütet wird nach Fallzahl, nicht aber für bloße Präsenz. Unter normalen Umständen und unter reinen Kostenaspekten sei das System sinnvoll. Im vorliegenden Fall jedoch blieben die Patientenzahlen trotz des erforderlichen personellen Mehraufwands überschaubar. Eine solche Konstellation bedeute für den Bereitschaftsdienst mitunter unbezahlte Arbeitszeit.

Einnahmeausfälle oft nicht gedeckt

Krisen wie diese bedeuten nicht nur Mehraufwand für den Bereitschaftsdienst, sondern auch Mindereinnahmen für die Praxen. Eine Betriebsausfallversicherung, die Einnahmeausfälle abdeckt, haben laut Pfeiffer aber die wenigsten Praxen abgeschlossen. Bei Praxischließung heißt das: keine Einnahmen und keine Chance auf Ausgleich.

Besonders hart trifft dies nach Pfeiffers Einschätzung Psychotherapiepraxen. Ausgefallene Thera-

piesitzungen nachzuholen, sei aus Zeitgründen sowohl auf Therapeuten- als auch auf Patientenseite oft unmöglich. Um besser auf künftige Ausfälle vorbereitet zu sein, rät die KV Berlin Praxisinhabern daher, über eine Betriebsausfallversicherung nachzudenken.

Anregung für die Politik

Trotz der gelungenen Krisenkommunikation mit dem Berliner Senat sieht Steffen Kruhl ein Manko in der politischen Organisation: In der Hauptstadt kümmern sich zwei Behörden um die Belange der Gesundheitsversorgung. Die Senatsgesundheitsverwaltung ist für die ambulante und stationäre Versorgung zuständig, die Senatsinnenverwaltung für den Rettungsdienst – teilweise mit erheblichen Schnittmengen zwischen den jeweiligen Verantwortungsbereichen. Gerade im Krisenfall bedeute diese Trennung einen zusätzlichen Abstimmungsbedarf, monierte Kruhl. Eine verbesserte Vernetzung oder idealerweise die Zusammenlegung der Ressorts in einer Senatsverwaltung könnte Wege verkürzen, Verzögerungen minimieren und Irritationen vermeiden.

Unterm Strich hat die Krise einmal mehr gezeigt: Die KV Berlin ist auch im Extremfall einsatzbereit und steht ihren Mitgliedern mit Rat und Tat zur Seite. *ike*

Anzeige



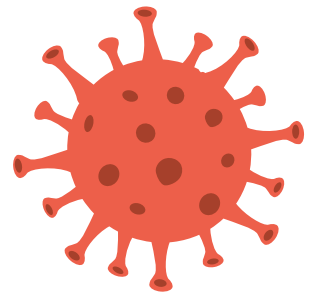
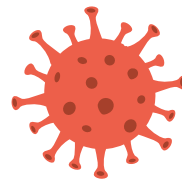
Wir beraten und vertreten • niedergelassene Ärzte • MVZ • Krankenhausträger
• Leistungserbringer im Gesundheitsmarkt • angestellte Ärzte • Chefärzte • Arbeitgeber
Zulassung • Gründung / Auseinandersetzung von Ärztlichen Kooperationen
• MVZ • Vertragsarztrecht • Arbeitsrecht • KV-Abrechnung • Berufsrecht
• 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



Off-Label-Use

Long-COVID-Therapie mit nicht zugelassenen Arzneimitteln

Im Rahmen der Long-COVID-Behandlung können auch Arzneimittel therapeutische Erfolge erzielen, denen formal die Zulassung für diese Diagnose fehlt. Gezielte Zulassungen von Arzneimitteln für Patienten mit Long-COVID gibt es bisher nicht.

Daher entwickelte eine Expertengruppe im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) einen Therapie-Kompass (siehe QR-Code „Therapie-Kompass“) mit geeigneten Wirkstoffen und Wirkstoffgruppen für die Therapie der häufig bei Long-COVID auftretenden zwölf Symptomkomplexe:

- Angst-, Spannungs- und Erregungszustände
- Asthma bronchiale/COPD/bronchiale Hyperreagibilität

- Autoimmunerkrankungen, schwerer Verlauf
- Depression (ICD-10 F32, F33)
- Herzinsuffizienz, chronisch
- Hypercholesterinämie
- Hypertonie, arteriell
- Hypotonie, orthostatisch
- Immunreaktion, überschießend
- Schlafstörungen
- Schmerzen
- Tachykardie (supraventrikulär)

Der Therapie-Kompass zur Information über die symptomorientierte Arzneimitteltherapie von Long-COVID bei Erwachsenen enthält

In- sowie Off-Label-Use-Wirkstoffe mit den dazugehörigen Krankheitsbildern. Die In-Label-Use-Arzneimittel und ihre Einsatzfelder sind türkis gekennzeichnet und können unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Regelungen in der Arzneimittel-Richtlinie (siehe QR-Code „Arzneimittel-Richtlinie“) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden.

Beispiel: In-Label

Substanzklasse	Glukortikoide im Kombinat mit Beta-2-Sympathomimetika
Wirkstoffe	z. B. Beclomethason/Formoterol (inhalativ)
Zulassungsindikation	Behandlung von Asthma, wenn die Anwendung eines Kombinationsprodukts von inhalativem Kortikosteroid und langwirksamem Beta-2-Agonisten angezeigt ist
Dosierung	• Erwachsene: 200 µg, Steigerung auf bis zu 2 x 2 Hübe/Tag möglich • Kinder und Jugendliche, siehe QR-Code „Therapie-Kompass“, S. 30
Zusätzlicher Hinweis der Expertengruppe	Beachtung der Empfehlungen zur klimabewussten Verordnung von Inhalativa: S2k Leitlinie vom Januar 2024, AWMF Leitlinienregister

In-Label-Use

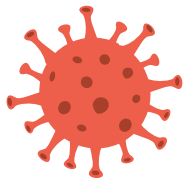
Beispiel: Off-Label

1.2 Zu bewertende Wirkstoffe

- Antidepressiva (Amitriptylin, Bupropion, Doxepin, Duloxetin, Mirtazapin, Sertralin, Vortioxetin)
- Arpiprazol
- Betablocker
- Glukokortikoide
- Ivabradin
- Metformin
- Midodrin
- Naltrexon
- Nirmatrelvir/Ritonavir
- Pyridostigmin
- Statine

Die Bewertung schließt auch von den Zulassungsindikationen abweichende Dosierungen ein. Sie wird einzelne Altersgruppen wie Kinder und Jugendliche gesondert berücksichtigen.

Bewertung von Off-Label-Therapien

**Sachstandstabelle/Bewertungen**

Bereits weitergeleitete Bewertungen können Sie in der folgenden Sachstandstabelle sehen.

Substanz	Indikation	Sachstand	Stand
Agomelatin	Behandlung der Fatigue bei postinfektiöser myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) und bei Long-/Post-COVID	Weitergabe an den G-BA	03.12.2025
Ivabradin	Behandlung des postinfektiösen Posturalen orthostatischen Tachykardie-Syndroms (PoTS) bei Patientinnen und Patienten mit Long-/Post-COVID, die eine Therapie mit Betablockern nicht tolerieren oder für diese nicht geeignet sind	Weitergabe an den G-BA	16.10.2025
Vortioxetin	Behandlung kognitiver Beeinträchtigungen und/oder depressiver Symptome bei Patientinnen und Patienten mit Long-/Post-COVID	Weitergabe an den G-BA	16.10.2025
Metformin	Prophylaxe von Long-/Post-COVID innerhalb von 3 Tagen nach Diagnosestellung einer akuten SARS-CoV-2-Infektion bei Patientinnen und Patienten mit dem Risikofaktor Übergewicht/Adipositas (BMI >25) und COVID-19-Symptomen über weniger als 7 Tage	Weitergabe an den G-BA	16.10.2025

Quelle: BfArM, Stand 16.10.2025

Für die Wirkstoffe Agomelatin, Ivabradin, Vortioxetin und Metformin stehen im Folgenden die Einleitung der Empfehlungen der Expertengruppe Long-COVID Off-Label-Use sowie das zugrundeliegende Gutachten inklusive Anlage des WIG2 Institut zur Verfügung.

Die pink gekennzeichneten Seiten des Kompasses stellen die Off-Label-Use-Wirkstoffe dar, bei denen die Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geprüft wird und die momentan keine Leistung der GKV abbilden.

Die oben stehende Sachstandstabelle enthält eine Übersicht über die Bewertungen der Expertengruppe zu den Wirkstoffen

- Agomelatin
- Ivabradin
- Vortioxetin
- Metformin

die am 16.10.2025 an den G-BA zur Beurteilung der Aufnahme in die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie weitergeleitet wurden. Erst nach Aufnahme der Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen in die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie (siehe QR-Code „Arzneimittel-Richtlinie – Anlage VI:

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 Steingraber
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

Website der KV Berlin

Zum grundsätzlichen Off-Label-Use können sich KV-Mitglieder auch unter dem Themenpunkt Off-Label-Use auf der Website der KV Berlin informieren.



Off-Label-Use“) kann von einer sicheren Kassenleistung innerhalb der aufgeführten Einsatzgebiete ausgegangen werden.

Der Therapie-Kompass beinhaltet zudem Dosierungsempfehlungen und Hinweise der Expertengruppe. Basis sind dabei die aktuellen Leitlinien zum jeweiligen Krankheitsbild. Konkrete Beispiele innerhalb aufgeführter Substanzklassen basieren

auf Erfahrungen aus der Experten-
gruppe.

Zweiteiliger Therapie-Kompass

Die Bewertung zur Therapie von Long-COVID-assoziierten Symptomen mit Arzneimitteln im Off-Label-Use basiert insbesondere auf einer Evidenzrecherche und -bewertung und beinhaltet ME/CFS und POTS und andere postakut-virale Infektionssyndrome. Außerdem bietet der Kompass eine Übersicht zur Therapie von Long-COVID-assoziierten Symptomen mit zugelassenen Arzneimitteln im In-Label-Use. Der Therapie-Kompass wurde am 17. September

Arzneimittel-Richtlinie – Anlage VI: Off-Label-Use



2024 beim Runden Tisch Long-COVID vorgestellt und auf der Website des BfArM veröffentlicht und wird regelmäßig aktualisiert.

*Janin Kanter,
Verordnungsberatung der KV Berlin*

Verordnungsberatung

KV-Mitglieder können sich bei inhaltlichen Fragen gern an das Team der Verordnungsberatung unter verordnung@kvberlin.de wenden.

Arzneimittel-Richtlinie



BMG-Initiative Long-COVID



Therapie-Kompass



Anzeige

DIABETES KONGRESS 2026

REVOLUTION DER MITTEL – REALITÄT DER MENSCHEN.

13.-16. Mai 2026 · CityCube Berlin



60
DIABETES
KONGRESS
2026DDG



Die Anmeldung zu
den Workshops ist
geöffnet

www.diabeteskongress.de



Mit ♥ aus Deutschland

Machen Sie
kardiovaskulären
Schutz zu Ihrer
Herzenssache.

Handeln
Sie jetzt mit
Jardiance®.

Überzeugender Schutz
in drei Indikationen:



Typ-2-Diabetes^{1,2,*a}



Chronische Herzinsuffizienz^{1,4,5,c}



Chronische Nierenkrankheit^{1,3,b}

Jardiance®
(Empagliflozin)

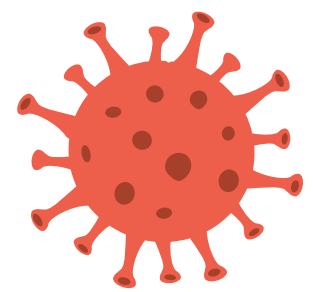
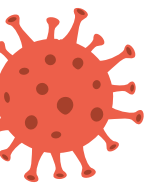
CV = kardiovaskulär | eGFR = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate | KHK = koronare Herzerkrankung | pAVK = periphere arterielle Verschlusskrankung | * EMPA-REG OUTCOME®-Studienpopulation: erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK oder pAVK oder vorangegangenen Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Ereignis > 2 Monate). | a. Jardiance® erwies sich gegenüber Placebo bei der Prävention des primären kombinierten Endpunkts aus kardiovaskulärem Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder nicht-tödlichem Schlaganfall überlegen. Die therapeutische Wirkung war vor allem auf eine signifikante Reduktion des kardiovaskulären Todes zurückzuführen, bei nicht signifikanter Veränderung des nicht-tödlichen Myokardinfarkts oder des nicht-tödlichen Schlaganfalls. | b. Der primäre Endpunkt der EMPA-KIDNEY®-Studie war eine Kombination aus Progression der chronischen Nierenkrankheit (definiert als Nierenversagen oder anhaltende eGFR-Abnahme auf < 10 ml/min/1,73 m² oder anhaltende eGFR-Abnahme um ≥ 40 % vs. Baseline oder Tod aufgrund renaler Ursache) oder CV-Mortalität. Der Unterschied beim kombinierten primären Endpunkt war mehrheitlich auf eine signifikante Reduktion der Progression der chronischen Nierenkrankheit zurückzuführen. | c. Der primäre Endpunkt in der EMPEROR-Reduced®- und der EMPEROR-Preserved®-Studie war eine Kombination aus kardiovaskulärer Mortalität oder Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz – analysiert als Zeit bis zum ersten Ereignis. Der Unterschied beim kombinierten primären Endpunkt war mehrheitlich auf eine signifikante Reduktion der Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz zurückzuführen. | 1. Fachinformation Jardiance® (Empagliflozin), aktueller Stand. | 2. Zinman B et al. N Engl J Med 2015; 373(22): 2117–2128. | 3. Herrington WG et al. N Engl J Med 2023; 388(2): 117–127. | 4. Packer M et al. N Engl J Med 2020; 383(15): 1413–1424. | 5. Anker SD et al. N Engl J Med 2021; 385(16): 1451–1461.

Jardiance® 10 mg/25 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Empagliflozin. **Zusammensetzung:** Eine Tablette Jardiance® enthält 10 mg bzw. 25 mg Empagliflozin. **Stonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol (400), Eisen(III)-hydroxidoxid x H₂O (E172). **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern ab 10 Jahren mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet; als Monotherapie bei Metforminunverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Typ-2-Diabetes mellitus. Herzinsuffizienz: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz angewendet. Niereninsuffizienz: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin, bei Kindern ab 10 Jahren auch unabhängig von Insulin), Volumenmangel. Häufig: vaginale Candidiasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektionen, Harnwegsinfektion (einschließlich Fällen von Pyelonephritis und Urosepsis), Durst, Obstipation, Pruritus (generalisiert), Hautausschlag, verstärkte Harnausscheidung, Serumlipide erhöht. Gelegentlich: Ketoazidose, Urtikaria, Angioödem, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht, glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämokrit erhöht. Selten: nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän). Sehr selten: tubulointerstitielle Nephritis. **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Jede Tablette enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Stand:** Dezember 2023

Pharmazeutischer Unternehmer: Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG,
Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Tel.: 08 00 / 77 90 90 0, Fax: 0 61 32 / 72 99 99,
E-Mail: info@boehringer-ingelheim.com



PC-DE-119025 Februar 2026



Neues zu Long-COVID

Versorgungsstudie PAIS Care erweitert Patientenkreis

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Versorgungsprojektes PAIS Care können nun auch Patienten in die Studie eingeschlossen werden, die bereits länger erkrankt sind – Erkrankungsbeginn seit dem 1. Januar 2020. Außerdem gibt es Neuigkeiten zum Netzwerk Long-COVID der KV Berlin.

Patienten mit Long COVID und ME/CFS, die bereits länger erkrankt sind können in die Versorgungsstudie PAIS Care einbezogen werden. Hausärzte, die als PAIS-Care-Praxis an der Studie teilnehmen möchten, können sich an die Charité wenden (siehe QR-Code „Anmeldung als PAIS-Care-Praxis“). Die Charité bietet außerdem jeden letzten Mittwoch im Monat Online-Fortbildungen zu PAIS CARE an, außerdem Fallvorstellungen und einen Qualitätszirkel (siehe QR-Code „PAIS-Care-Fortbildungen“). Weitere Informationen zur PAIS-Care-Versorgungsstudie

finden Sie auf der Website der Charité – Universitätsmedizin Berlin (siehe QR-Code „PAIS-Care-Versorgungsstudie“).

Long-COVID-Netzwerk am 18.02.2026

Das erste Treffen 2026 des Long-COVID-Netzwerks der KV Berlin findet am 18. Februar um 15 Uhr per Zoom statt. Neben Fallbesprechungen stehen zwei Vorträge von Fachexperten auf dem Programm:

- Dr. phil. Christoph Egen und Dr. med. Christoph Korallus;

Medizinische Hochschule Hannover: „Projekt ViCoReK: Telemedizinische Beratungen“

- Karen von der Stein, Charité: „Vorstellung PEDNET-LC der Charité“

Wenn Sie bereits für das Long-COVID-Netzwerk registriert sind, erhalten Sie automatisch eine Termineinladung.

Aktualisierte EBM-Ziffer 37802

Der Bewertungsausschuss nahm im EBM-Abschnitt 37.8 wichtige Änderungen vor. Laut einem Bericht des Ärztenachrichtendienstes (ÄND) ist es, um die EBM-Ziffer 37802 abrechnen zu können, jetzt Voraussetzung, dass Patienten an mindestens einen Vertragsarzt der fachärztlichen oder spezialisierten ambulanten Versorgung überwiesen werden.

Long-COVID-Netzwerk am 26.11.2025

Zum Abschlusstreffen des Long-COVID-Netzwerks der KV Berlin für das Jahr 2025 kamen 20 Kolleginnen und Kollegen. Die Veranstaltung begann mit einer Begrüßung durch KV-Beratungsärztin Dr. Annette Dancau, es schloss sich eine Blitz-Vorstellungsrunde an. Im weiteren

Anzeige

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.

Christian Krause
Christian.Krause@bevell.de
030 166 3619 51
www.bevell.de

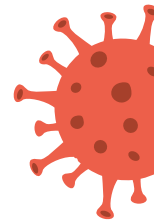
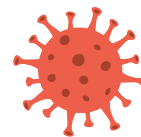


IHR TRAUM, UNSERE
EXPERTISE:
GEMEINSAM
ERFOLGREICH!

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

BEVELL
GROUP





Moderierten das Treffen des Netzwerks Long-COVID der KV Berlin: KV-Beratungsärztin Dr. Annette Dancau und Dr. Christian Gogoll, Leiter des Netzwerks.

Verlauf stellte Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen, Leiterin der Immundefekt-Ambulanz der Charité sowie des Fatigue-Zentrums, den aktuellen Stand von PAIS-Care vor. Anschließend folgte der Punkt „Stand Qualitätszirkel Long-/Post COVID“. Hier gab Dr. Christian Gogoll, Leiter des Long-COVID-Netzwerks, einen Überblick über den gegenwärtigen Arbeitsstand. Ein zentraler Bestandteil des Treffens waren die Fallvorstellungen der Teilnehmenden. Es folgten eine lebhafte Diskussion und

ein Ringen um die bestmöglichen Lösungen für die Behandlungen für die betroffenen Patientinnen und Patienten. Diese wurden im Plenum diskutiert.

Ergänzend dazu stand der Austausch der Mitglieder auf der Tagesordnung. Ein weiterer Schwerpunkt des Treffens war der Ausblick auf das Jahr 2026. In diesem Zusammenhang wurden die Vorstellungen und Wünsche der Mitglieder gesammelt. Dabei äußerten die Teilnehmenden den Wunsch, dass Präsentationen und Vorträge weiterhin im KV-Mitgliederportal zur Verfügung gestellt

Anmeldung als PAIS-Care-Praxis



PAIS-Care-Fortbildungen



PAIS-Care-Versorgungsstudie



werden. Zudem wurde angeregt, erneut Referenten zu folgenden Themen einzuladen: betroffene Kinder, Neurologie, Pädiatrie, Off-Label-Use, POTS, sozialmedizinische Aspekte sowie schwere Fälle. Darüber hinaus bestand der Wunsch, zukünftig auch Erfolgsfälle vorzustellen.

mo/set

Vernetzen und Austauschen

Sie sind noch nicht für das Long-COVID-Netzwerk der KV Berlin angemeldet, möchten aber an zukünftigen Veranstaltungen teilnehmen? Dann melden Sie sich jetzt über das Anmeldeformular an. Nach Ihrer Registrierung werden Sie in die Liste des Netzwerks aufgenommen. Diese ist für KV-Mitglieder nur über den geschützten Mitgliederbereich der Website einsehbar.



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

Gesundheitskompetenz

KV Berlin-Kampagne: informiert.kompetent.gesund

„Prävention fängt eigentlich im Mutterleib an“

Gesundheitskompetenz entsteht nicht bei Dr. Google, sondern viel früher: Für Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin, beginnt die Prävention bereits in der Schwangerschaft und bei Kindern in der Kita. Sie setzt auf verlässliche Quellen sowie kurze, geprüfte Botschaften über neue Medien für alle – und das mit Gütesiegel. Der folgende Beitrag stellt – mit vielen weiteren Informationen über andere Kommunikationskanäle der KV Berlin – einen Auftakt zum Thema Gesundheitskompetenz dar. Weitere Beiträge folgen.

Fragen von Patientinnen seien immer willkommen, betont Dr. Christiane Wessel, stellvertretende KV-Vorstandschefin. Leider bedeute das aber auch oft: Es wurde schon bei Google gesucht – und dann sei es eigentlich zu spät. Sie möchte, dass Frauen wissen,

worauf sie sich einlassen, bevor Medikamente eingenommen werden müssen oder können. Gleichzeitig stellt sich im Behandlungszimmer die Zeitfrage: Wie viel Zeit hat eine durchschnittliche Frauenärztin, um über falsche Informationen aufzuklären? Darum brauche es im

Vorhinein verlässliche Quellen statt Influencer.

Prävention in der Schwangerschaft

Prävention ist der Gynäkologin sehr wichtig: „Wechseljahre muss man nicht im Kindergarten besprechen.“

Foto: Wes Sucksdorff



Dr. Christiane Wessel

Stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin

Es würde Ärzt:innen in den Praxen massiv helfen, wenn Patient:innen geprüfte Informationen mit dem Gütesiegel „Medizinisch nachgewiesen“ finden, bevor sie eine Suchmaschine fragen.



Tipps zu Ernährung und Prävention sollten aber früh anfangen“, erklärt sie. In der Schwangerschaft werde zum Beispiel eine Gewichtskurve erstellt, angepasst an den BMI: Das Ausgangsgewicht entscheidet, wie viel eine Frau zunehmen darf. „Das ist wichtig fürs Kind, weil das Risiko steigt, später eine Altersdiabetes

(Typ 2 Diabetes) zu entwickeln.“ Prävention beginne eigentlich im Mutterleib, so Wessels.

Nicht nur das Kind ist betroffen. Auch die Mutter spürt die Folgen: Wiegt ein Kind bei der Geburt über 4.000 Gramm, belastet das den Beckenboden – dazu gebe es Untersuchungen, sagt Dr. Christiane Wessel. „Darüber braucht es Informationen, die die gesamte Gesellschaft erreichen. Das kann nicht jede einzelne Ärztin in der Sprechstunde leisten.“ Darum plädiert sie dafür, Prävention früh in den Alltag zu integrieren – Bewegung, Ernährung, Zähneputzen. In manchen Ländern ist Zähneputzen in Kitas Pflicht – die Folge ist eine bessere Zahngesundheit. „Prävention beginnt früh und ist ein gesamtgesellschaftliches Thema – auch für die Ärzteschaft, aber nicht nur.“

Kurz und knapp per Podcast

„Wir müssen viel stärker mit neuen Medien arbeiten.“, sagt Dr. Wessel. Podcasts kommen gut an, wenn die Botschaft kurz und knapp ist, sodass die große Masse sie aufnimmt. „Denn viele sind nur relativ kurze Zeit aufnahmefähig“, erklärt die Frauenärztin. Da brauche es vielleicht oft und knapp jeden Abend eine Nachricht von „Frau Doktor Pille mit der großen Brille“.

Entscheidend sei, welche Art von Information Menschen konsumieren und woher sie sie beziehen. „Es würde Ärzt:innen in den Praxen massiv helfen, wenn Patient:innen geprüfte Informationen mit dem Gütesiegel ‚Medizinisch nachgewiesen‘ finden, bevor sie Suchmaschinen fragen.“

Anzeige

Familie. Praxis. Boxen.

Dr. Cornelia Stüdemann
Kinderärztin und vierfache Mutter, Sengenthal

Und wofür brauchen Sie mehr Zeit?



Erfolgreich eine Praxis gründen und ein erfülltes Privatleben führen – das zählt für Dr. Cornelia Stüdemann. Ihr die finanzielle Sicherheit dafür zu geben, ist dabei unser Job. Was immer Sie bewegt, sprechen Sie mit uns.

> apobank.de/gruenden



Bank der Gesundheit



ANZEIGE

Verwaltungskostenpauschale: Berlin im Ländervergleich

Stabile Leistung, schlanke Kosten



Sie ist die bittere Pille, die nicht jeder gerne schluckt – aber sie wirkt. Mit der Verwaltungskostenumlage halten die KVen den komplexen Betrieb der ambulanten Versorgung am Laufen. Laut einer Übersicht des Ärztlichen Nachrichtendienstes (änd) variiert die Höhe der Umlage in den einzelnen Bundesländern allerdings erheblich. Die gute Nachricht für Berliner Praxen: Die Hauptstädter kommen bundesweit mit am günstigsten weg.

Die KV Berlin und die KV Bremen haben derzeit die niedrigsten Verwaltungskostensätze – und bieten damit das beste Preis-Leistungs-Verhältnis im ganzen Bundesgebiet. Die Pauschale bei der KV Berlin liegt im Jahr 2026 unverändert bei 2,4 Prozent und ist damit seit dem Vorjahr stabil geblieben. Derselbe im Vorjahresvergleich unveränderte Wert gilt für die KV Bremen.

In Brandenburg ist der einbehaltene Anteil aus den Honorarumsätzen mit 2,5 Prozent zwar nur unwesentlich höher als in Berlin und Bremen, doch berechnet die KV Brandenburg zusätzlich einen Pauschalbetrag von 100 Euro pro Quartal. Hinzu kommen hier, analog zum Vorjahr, eine Umlage zur Förderung der Weiterbildung von 0,7 Prozent sowie eine Sicherstellungsumlage für den ärztlichen Bereitschaftsdienst von 0,29 Prozent.

Die KV Niedersachsen behält zwar lediglich einen Satz von 1,8 Prozent ein, legt aber noch 0,6 Prozent für den Sicherstellungsfonds plus

0,75 Prozent – immerhin 0,15 Prozent weniger als 2025 – für den Bereitschaftsdienst obendrauf.

Online-Abrechnungen lohnenswert

In Mecklenburg-Vorpommern fallen 2,05 Prozent Verwaltungskostenumlage bei Online-Abrechnung, 4,0 Prozent bei Abrechnung via Datenträger und satte 5,0 Prozent bei manueller Abrechnung an. Erstmals in diesem Jahr veranschlagt die KV Mecklenburg-Vorpommern zusätzlich 0,6 Prozent Sonderumlage für den Sicherstellungsfonds.

Bei der KV Rheinland-Pfalz schlagen die Verwaltungskosten wie im Vorjahr mit 2,1 Prozent bei Online-Abrechnungen und 5,0 Prozent bei konventionell getätigten Abrechnungen zu Buche. Auch an der Sicherstellungsumlage von 0,5 Prozent und dem monatlich für den ärztlichen Bereitschaftsdienst anfallenden Betrag von 290 Euro hat sich gegenüber 2025 nichts geändert.

Zusatzgebühren möglich

Die Umlage der KV Saarland setzt sich aus drei Komponenten zusammen: die allgemeine Verwaltung, für die 2,2 Prozent veranschlagt werden, die Sicherstellung mit 0,7 Prozent und die Finanzierung der Terminservice-stelle (116117-Umlage) mit 0,4 Prozent. Zusätzlich fällt für Mitglieder im Saarland pro Quartal eine Gebühr von 200 Euro an (Struktur- beziehungsweise Mitgliedsbeitrag).

In Baden-Württemberg liegt der Verwaltungskostensatz 2026 unverändert bei 2,57 Prozent, steigt aber auf 4,51 Prozent bei Abrechnungen, die nicht auf leitungsgebundenem elektronischem Weg eingereicht werden. Mit 0,85 Prozent vom Honorar, im Vorjahr 0,76 Prozent, finanzieren die Mitglieder außerdem die Förderung der ärztlichen Weiterbildung in Baden-Württemberg. Hinzu kommt die Sicherstellungsumlage für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, die sich aus einer prozentualen Abgabe und einer monatlichen Kopfpauschale zusammensetzt. Erstere liegt

2026 bei 0,3704 Prozent gegenüber 0,3660 Prozent im Vorjahr. Die Kopfpauschale beträgt 2026 unverändert 100 Euro pro Monat.

2,58 Prozent Verwaltungskostenumlage fallen für Mitglieder der KV Thüringen an, sofern die Abrechnung über das sogenannte KV-SafeNet erfolgt. Abrechnungen auf dem Papierweg und über das Annahmeportal der Körperschaft schlagen mit 3,9 Prozent zu Buche. Außerdem behält die KV Thüringen 1,5 Prozent für den Rettungsdienst und 0,49 Prozent als Sonderposten für Weiterbildungsmaßnahmen ein.

Die Verwaltungskostenpauschale der KV Hessen liegt bei 2,64 Prozent und ist somit seit 2020 stabil. Auch in Sachsen-Anhalt bleibt die Umlage im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Die KV Sachsen-Anhalt veranschlagt nach wie vor 2,9 Prozent bei Online-Abrechnungen, 3,0 Prozent bei Abrechnungen über Datenträger und 5,1 Prozent bei manuellen Abrechnungen.

Mit 2,8 Prozent bei IT-gestützten Abrechnungen bewegt sich die KV Nordrhein knapp unter dem Vergleichswert in Sachsen-Anhalt. Für konventionelle, also nicht auf elektronischem Weg übermittelte Abrechnungen berechnet die KV Nordrhein 3,5 Prozent des Honorarvolumens. Mit zusätzlichen 0,034 Prozent schlägt der Verwaltungskostensatz auf EGV-Abrechnungen (extrabudgetäre Ge-

samtvergütung) für die Terminservice-stelle 116117 im Versorgungsgebiet Nordrhein zu Buche. Alle Kostensätze haben sich gegenüber dem Vorjahr nicht geändert.

Die KV Bayern hat den Verwaltungskostensatz von 3,4 Prozent im Jahr 2025 auf 3,1 Prozent in diesem Jahr gesenkt. Mitglieder, die rechtzeitig dem Digitalprogramm der KV Bayern zugestimmt haben, werden seit dem vierten Quartal 2025 mit einem noch geringeren Satz von 2,9 Prozent belohnt.

Höher geht immer

Eine deutliche Erhöhung der Umlage mutet die KV Schleswig-Holstein ihren Mitgliedern zu. Der Satz im nördlichsten Bundesland Deutschlands ist von moderaten 2,2 Prozent im Vorjahr auf satte 3,25 Prozent im aktuellen Jahr gestiegen. Grund ist ein Millionendefizit, mit dem die KV Schleswig-Holstein aufgrund einer riskanten Kapitalanlage des ehemaligen Vorstands zu kämpfen hat.

Ebenfalls deutlich mehr als die Berliner und die Bremer müssen KV-Mitglieder in Westfalen-Lippe für die Pauschale einkalkulieren. 2026 werden sie wie im Vorjahr mit 3,5 Prozent des Gesamtvolumens belastet.

Die derzeit höchste Pauschale im Bundesgebiet leisten KV-Mitglieder in Hamburg. Mit insgesamt 4,28 Prozent

liegt der Satz hier deutlich über dem Durchschnitt, ist aber dennoch unter den Vorjahreswert gesunken, der sich noch auf 4,5 Prozent belaufen hatte. Wie im Saarland setzt sich die Umlage in der Hansestadt aus drei Komponenten zusammen. Erstens: allgemeine Verwaltung mit 2,78 Prozent gegenüber einem Satz von 3,0 Prozent im Jahr 2025; zweitens: Sicherstellung mit unveränderten 0,6 Prozent; drittens: Patientenversorgung (ehemals Notdienst) mit ebenfalls gleichgebliebenen 0,9 Prozent.

Kalkulation in Sachsen offen

Für die KV Sachsen lagen zum Redaktionsschluss keine Werte für 2026 vor. Da im Freistaat seit Anfang des Jahres ein geänderter Honorarverteilungsmaßstab (HVM) gilt und die Berechnung der Verwaltungskostenumlage vom vereinbarten Gesamtvolumen abhängt, steht die Berechnung der Pauschale noch aus.

Im Vorjahr (Abrechnungsquartale 4.2024 bis 3.2025) veranschlagte die KV Sachsen nach eigenen Angaben 2,58 Prozent des Gesamtvolumens bei Teilnahme am Programm Online-Proaktiv, 2,88 Prozent bei Online- und 4,18 Prozent bei Datenträger-Abrechnung sowie 5,18 Prozent bei manueller Abrechnung. Außerdem fielen pro Arzt und Quartal 250 Euro für die Bereitschaftsdienstumlage an beziehungsweise bei Psychotherapeuten 0,58 Prozent des Honorarvolumens. *ike*

Anzeige



RECHTSBERATUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Wir unterstützen Sie kompetent in den Bereichen:
 Zulassung und Niederlassung | Praxisübernahmen und -abgaben |
 MVZ, BAG und Praxismgemeinschaft | Gesellschafterstreitigkeiten |
 Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung | Berufsrecht | Arbeits-
 recht | 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

Vereinbarte förderungswürdige Leistungen in Berlin

Was wird gefördert und wie geht es weiter?

Die KV Berlin verhandelt jedes Jahr mit den Berliner Krankenkassenverbänden den sogenannten Honorarvertrag. Neben dem Vergütungspunktwert und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) enthalten die Verhandlungen auch mögliche Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten.

Die KV Berlin hat in den vergangenen Jahren mit den Berliner Krankenkassenverbänden honorarvertraglich vereinbarte Fördermaßnahmen eingeführt (siehe QR-Code). Ausgangspunkt der Honorarverhandlungen ist stets der Blick in die Versorgungspraxis. So bewertet die KV Berlin kontinuierlich intensiv das Versorgungsgeschehen und weist in den Verhandlungen auf bestehende beziehungsweise sich abzeichnende Versorgungsmängel hin. Daraufhin vereinbarten die Berliner Vertragspartner in den letztjährigen Verhandlungen entsprechende Fördermaßnahmen mit dem Ziel, diese Mängel zu reduzieren beziehungsweise zu vermeiden.

Was wurde und wird gefördert

Zunächst vereinbarten sie neben der Förderung der Hausbesuche (Förderung beendet zum 31.12.2024 unter Berücksichtigung der entsprechenden Evaluationsergebnisse) die Förderung von Leistungen der Allergologie und Schmerztherapie (ab 3. Quartal 2020) sowie Leistungen von Leistungserbringern in unterdurchschnittlich versorgten

Bezirken (ab 4. Quartal 2020). In den Jahren 2022 und 2023 kamen die förderungswürdigen Leistungen der Sehschule (ab 1. Quartal 2022) und Magenspiegelung (ab 3. Quartal 2023) dazu.

2024 wurde die Förderung von acht weiteren Leistungen ab dem 1. Quartal 2024 vereinbart, darunter Leistungen der Botulinumtoxin-Behandlung, zur Behandlung chronischer Wunden, des Schlaflabors, zur Betreuung und Behandlung von Patienten mit Morbus Huntington in bestimmten Einrichtungen, der rheumatologischen Funktionsdiagnostik, zur Behebung von Entwicklungsstörungen bei Kindern insbesondere beim Spracherwerb, zur Katheter-Versorgung und zur Versorgung durch eine Kiezschwester.

Zuletzt vereinbarten die Berliner Vertragspartner mit den Leistungen der kurativen Mammografie, der augenärztlichen Grundversorgung von Kindern und der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung weitere förderungswürdige Leistungen. Die Tabelle auf Seite 42 mit einem Link zu den Förderdetails, gibt einen Überblick über alle bis

31.12.2026 vereinbarten Fördermaßnahmen.

Erfolgreiche Förderung

Vereinbarte förderungswürdige Leistungen werden nicht automatisch beendet oder fortgeführt, sondern müssen auf der Grundlage der vereinbarten Ziele regelmäßig evaluiert werden. Dabei wird die Zielerreichung der Fördermaßnahme bewertet. Die Ergebnisse der Evaluation werden dann bei der Entscheidung über künftige Fördermaßnahmen berücksichtigt. In den vergangenen Honorarverhandlungen haben die Vertragspartner auf Grundlage der Evaluationsergebnisse eine Fortführung der Fördermaßnahmen – mit Ausnahme der Hausbesuche – vereinbart.

Hervorzuheben ist dabei die besonders erfolgreiche Förderung der zunehmenden Niederlassung und Nachbesetzung in den unterdurchschnittlich versorgten Bezirken. So haben sich die unterdurchschnittlichen Versorgungsgrade der entsprechenden Bezirke seit Beginn der Förderung (4. Quartal 2020) mehrheitlich positiv entwi-

ckelt. Ging vor dem Förderzeitraum die Anzahl an Vollzeitäquivalenten noch zurück oder stagnierte, stieg sie im Förderzeitraum zum Beispiel bei den Hausärzten um 41,5 Vollzeitäquivalente und bei den Kinderärzten um 5,8 Vollzeitäquivalente. Allerdings wurden die Zielversorgungsgrade von 100 Prozent (Hausärzte) beziehungsweise 95 Prozent (Augenärzte, Frauenärzte und Kinderärzte) mehrheitlich noch nicht erreicht.

Dies liegt hauptsächlich daran, dass die Bevölkerung in den geförderten Bezirken Berlins überdurchschnittlich wächst und dadurch trotz erfolgreicher Steigerung der Arztzahlen der Bedarf der vertragsärztlichen Versorgung in den geförderten Bezirken weiter zunimmt. Daher

ist es wichtig, die Förderung in den unterdurchschnittlich versorgten Bezirken weiterhin in den Blick zu nehmen und grundsätzlich jede Fördermaßnahme regelmäßig zu evaluieren.

Für jede Fördermaßnahme sind zudem sogenannte voraussichtliche Fördervolumen als Kalkulationsgröße für die möglichen Ausgaben der Krankenkassen vereinbart. Bezüglich einiger Fördermaßnahmen wurde das jeweilige voraussichtliche Fördervolumen zwischenzeitlich entsprechend dem tatsächlichen Fördererfolg angehoben. Wird eines der voraussichtlichen Fördervolumen überschritten, besteht die Möglichkeit zum Ausgleich mit anderen unterschrittenen voraussichtlichen Fördervolumen.

Keine grundsätzliche Anpassung

Leider konnte bisher mit den Berliner Krankenkassenverbänden keine grundsätzliche Anpassung der voraussichtlichen Fördervolumen aller Fördermaßnahmen an die Versichertenentwicklung vereinbart werden. Dies ist notwendig, da die Anzahl der Versicherten in Berlin jedes Jahr steigt, was mit einem steigenden Leistungsbedarf bei den Fördermaßnahmen einhergeht. Die positive Versichertenentwicklung sollte sich nicht nur in einer positiven Anpassung der MGV, sondern auch in einer positiven Anpassung der voraussichtlichen Fördervolumen für die Fördermaßnahmen niederschlagen.

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



Mehr Information über
unsere Kanzlei finden
Sie im Internet.

U2 Deutsche Oper

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

Förderungen gemäß Honorarvertrag 2026 (bis 31.12.2026)

geförderte Leistungen	geförderte GOPen	anzusetzende SNR	Fördervoraussetzungen und weitere Details unter
Allergologie	30130 Grund-/Versichertenpauschalen bestimmte Fördervoraussetzungen	automatisch durch KV Berlin 30130T 91130	
Schmerztherapie	30702 und 30704	automatisch durch KV Berlin	
Sehschule	bestimmte Fördervoraussetzungen bestimmte Fördervoraussetzungen	96320 96321	
Magenspiegelung	13400	automatisch durch KV Berlin	
Botulinumtoxin-Behandlung	bestimmte Fördervoraussetzungen bestimmte Fördervoraussetzungen bestimmte Fördervoraussetzungen bestimmte Fördervoraussetzungen bestimmte Fördervoraussetzungen	96430 96431 96432 96433 96434	
Behandlung chronischer Wunden	02310	automatisch durch KV Berlin	
Schlaflabor	30900 und 30901	automatisch durch KV Berlin	
Betreuung und Behandlung von Patienten mit Morbus Huntington in bestimmten Einrichtungen	bestimmte Fördervoraussetzungen	96302	
rheumatologische Funktionsdiagnostik	04551 und 13701	automatisch durch KV Berlin	
Behebung von Entwicklungsstörungen bei Kindern insbesondere beim Spracherwerb	bestimmte Fördervoraussetzungen	automatisch durch KV Berlin	
Katheter-Versorgung in Pflegeheimen und zu Hause	bestimmte Fördervoraussetzungen	automatisch durch KV Berlin	
Versorgung durch Kiezschwester	bestimmte Fördervoraussetzungen	95300	
kurative Mammografie	34270	automatisch durch KV Berlin	
augenärztliche Grundversorgung von Kindern	06210 (inkl. Suffixe)	automatisch durch KV Berlin	
kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung	14220 und 14221 (inkl. Suffixe)	automatisch durch KV Berlin	

Legende:
 SNR = Symbolnummer = „Abrechnungsziffer“ für Leistungen oder Zuschläge, die nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind
 GOP = Gebührenordnungsposition = „Abrechnungsziffer“ für Leistungen oder Zuschläge, die im EBM enthalten sind

Daher hat die KV Berlin wiederholt in der letzten Verhandlung eine entsprechende Anpassung auf Grundlage der Versichertenentwicklung gefordert. Die Berliner Krankenkassenverbände lehnten dies mit der Begründung „leerer Kassen“ ab, obwohl sie für jeden zusätzlichen Versicherten auch anteilig mehr Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten.

Anstatt einer sachgerechten Anpassung zuzustimmen, forderten die Berliner Krankenkassenverbände, die Überschreitung des voraussichtlichen Fördervolumens zur Förderung in den unterdurchschnittlich versorgten Bezirken solle mit Honorarsteige-

rungen verrechnet werden, obwohl sie in den Jahren 2020 bis 2024 circa acht Millionen Euro an voraussichtlichen, aber tatsächlich nicht ausgeschöpftem Fördervolumen gespart haben, das nicht für die Förderung von Leistungen für die Versorgung ihrer Versicherten verwendet wurde.

Darüber hinaus haben die Krankenkassen sicherlich auch aufgrund der Förderungen in anderen Bereichen wie Krankenhaus und Fahrdienstkosten (Katheter-Versorgung) Kosten eingespart. Vor dem Hintergrund des grundsätzlichen Erfolges der förderungswürdigen Leistungen wäre eine Verrechnung mit Honorarstei-

gerungen ein fatales Signal an die Ärztinnen und Ärzte, die die Versorgung der Versicherten in Berlin sicherstellen und den wesentlichen Teil zur Gesundheitsversorgung der Stadt beitragen. Die KV Berlin wird sich auch weiterhin für förderungswürdige Leistungen einsetzen, um die vertragsärztliche Versorgung in der Stadt für die Versicherten der Krankenkassen zu verbessern.

Honorarverträge



Bundesgesundheitsministerin

Nina Warken nimmt sich für 2026 viel vor

Die Liste der geplanten Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen ist lang: angefangen von der Struktur und Versorgung über Finanzierung, gerade mit Blick auf die GKV, hin zu Digitalisierung sowie Resilienz des deutschen Gesundheitssystems. Welche konkreten Gesetze beziehungsweise Reformvorhaben eine Rolle spielen, fasste das Bundesgesundheitsministerium in einer Vorhabenübersicht zusammen.

VORHABEN	INHALT	ZEITPLAN
Vom Kabinett beschlossen		
Krankenhaus-anpassungsgesetz	• Krankenhausreform wird praxistauglich gemacht – ohne die grundsätzlichen Ziele aus dem Blick zu verlieren: Spezialisierung, Bündelung von Kompetenzen, effizienter Personaleinsatz • Mehr Flexibilität für Planungen der Länder (Ausnahmen) • Steuermittel Transformationsfonds	im parlamentari-schen Verfahren
Apothekenreform	• Vergütung: Zukünftig jährliche Verhandlungslösung zur Anpassung der Apothekervergütung; Ermöglichung von Skonti • Stärkung der Landapotheken: deutliche Anhebung des Zuschusses für Nacht- und Notdienste, flexible Öffnungszeiten, Modellprojekt begrenzte PTA-Vertretung in Landapotheken • Mehr Eigenverantwortung, weniger Bürokratie: erleichterte Austausch-möglichkeiten, wenn rabattierte Medikamente nicht vorrätig; Abschaffung Nullretaxation aus formalen Gründen; Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in Ausnahmefällen bei Dauermedikation oder leichten Erkrankungen • Mehr Prävention: Erweiterung der Impfmöglichkeiten für Apotheken; neue pharmazeutische Dienstleistungen (Herz-Kreislauf, Diabetes, Früherkennung); engere Zusammenarbeit Apotheken mit Arztpraxen bei pharmazeutischen Dienstleistungen, Schnelltests für Selbstzahler	im parlamentari-schen Verfahren
Änderung Medizinal-Cannabisgesetz	• Verordnung von Medizinalcannabis ausschließlich nach persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt • Reaktion auf massiv wachsende Fehlentwicklung: Importe von Cannabisblüten stiegen im Zeitraum vom 1. HJ 2024 zum 1. HJ 2025 um über 400 Prozent von 19 auf rund 80 Tonnen. Davon machen GKV-Verordnungen weiterhin nur rund 10 Prozent aus • Importmenge lag 2023 bei 32 Tonnen, im Jahr 2024 bei 73 Tonnen, und für das Jahr 2025 wird die Importmenge auf 192 Tonnen geschätzt • Ausschluss des Versandhandels von Medizinalcannabis wegen umfassender Aufklärungs- und Beratungspflichten	im parlamentari-schen Verfahren



VORHABEN	INHALT	ZEITPLAN
Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen	• Direkte Kenntnisprüfung wird Regelfall der Anerkennung (zahn)ärztlicher oder pharmazeutischer Berufsqualifikation. Wegfall Dokumentenprüfung • Hebammen: Wahlrecht bzgl. Verzicht auf dokumentenbasierter Gleichwertigkeitsprüfung; direkt Kenntnisprüfung oder Anpassungslehrgang • Elektronische Datenübermittlung	im parlamentarischen Verfahren
Lebendorganspende-Reform	• Ermöglichung der Nierenspende auch zwischen zwei unterschiedlichen Paaren überkreuz	im parlamentarischen Verfahren
In Abstimmung		
Notfall-und Rettungsdienstreform	• Kernziel: gezielte Patientensteuerung in die bedarfsnotwendige Versorgungsebene durch verlässliche sektorenübergreifende Vernetzung aller Leistungserbringer • Bundesweite Errichtung von sog. Gesundheitsleitsystemen als digitale Vernetzung der Rettungsleitstellen 112 mit den Leitstellen der KVen unter der Rufnummer 116117 mit abgestimmten standardisierten digitalen Abfragesystemen • Bundesweite Etablierung von Integrierten Notfallzentren (INZ), die aus einer Notaufnahme eines Krankenhauses, ambulanten Notdienststrukturen und einer gemeinsamen Ersteinschätzungsstelle bestehen, zur Erstversorgung von Not- und Akutfällen • Förderung der Digitalisierung des Rettungsdienstes • Schaffung eines eigenen Leistungssegments „medizinische Notfallrettung“ im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bildet Realität des Rettungsdienstes als hochspezialisierter Dienst besser ab, schafft Leistungstransparenz und Rechtssicherheit bezüglich Finanzierung	Ziel: Kabinett 1. Quartal
Medizinregistergesetz	• Verbesserung der Erhebung und Nutzung von Daten aus Medizinregistern; Anbindung an den europäischen Gesundheitsdatentraum (EHDS) • Einheitlicher Rechtsrahmen für circa 400 medizinische Register mit Registerdatenbank und Zentralstelle für medizinische Register (ZMR) • Verbesserung der Datenqualität durch Erleichterungen bei der Datenerhebung und Datenverknüpfung. Gleichzeitig Absenkung des Bürokratieaufwands	Ziel: Kabinett 1. Quartal
Geplante Vorhaben		
GKV-Finanzreform	• Defizit von zweistelliger Milliardenhöhe für 2027 prognostiziert • Maßnahmen zur nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Beiträge auf Basis der Ergebnisse der FinanzKommission Gesundheit • Nach Vorlage der Vorschläge Ende März wird sich unmittelbar die Gesetzgebung anschließen	Ziel: Abschluss 2026
Pflegereform	• Umfassende Pflegereform auf Basis der Vorarbeiten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe • Überprüfung der Leistungen auf Zielgenauigkeit und Stärkung von Prävention und Rehabilitation • Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, für mehr Effizienz und weniger Bürokratie • Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile und nachhaltige Stabilisierung der Finanzen	Ziel: Abschluss 2026
Hilfsmittelgesetz	• Bürokratieabbau vor allem bei Präqualifizierung und Vertragsabschlüssen, klarere Vorgaben für Qualitätskontrollen durch Krankenkassen, rechtssichere Ausgestaltung Festbeträge für Hilfsmittel; Stärkung Informationsmöglichkeiten der Versicherten • Weitere Regelungen zum Bürokratieabbau, zur Stärkung der Vor-Ort-Versorgung und zur Digitalisierung	RefE 1. Halbjahr
Digitalgesetz	• Zentraler Orientierungsrahmen ist das Update der Digitalisierungsstrategie mit Fokus auf drei etablierte Handlungsfelder (Prozesse, Daten, Technologien/Anwendungen) • Weiterentwicklung der ePA gemeinsam mit der gematik, damit weitere Anwendungen zügig in die Versorgung kommen • Förderung der Datennutzung mit dem Ziel einer versorgungsnahen Forschung, Patientensicherheit und Qualitätsverbesserung der Versorgung • Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur und ihrer Anwendungen	RefE 1. Halbjahr

VORHABEN	INHALT	ZEITPLAN
Primärversorgungssystem	• Patientensteuerung über Hausarzt bzw. digitale Ersteinschätzung • Ziel ist eine möglichst zielgerichtete Versorgung der Patientinnen und Patienten und eine schnellere Terminvergabe	RefE 2026
Gesundheitssicherstellungsgesetz	• Angesichts geopolitischer Risiken beinhaltet gesamtstaatliche Vorsorge die Aufrechterhaltung ziviler Gesundheitsversorgung, den Schutz der Bevölkerung sowie die Unterstützung der Bundeswehr und verbündeter Streitkräfte • Anpassungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems an nur bedingt vorhersehbare Szenarien, insbesondere mit Blick auf medizinische Gegenmaßnahmen und deren Bevorratung, ambulante und stationäre Kapazitäten, Infrastruktur, Personal, Transport von Patienten	RefE 2026
Pflege- und Gesundheitsexperten-Einführungsgesetz (APN)	• Einführung des Berufsbildes auf Master-Niveau • Absolventen sollen im Berufsrecht erweiterte Kompetenzen erhalten, die deutlich mehr Eigenverantwortung beinhalten • Damit einhergehend erweiterte Befugnisse im Sozialrecht, damit Absolventen Aufgaben in der Versorgung übernehmen können, die bisher Ärzten vorbehalten waren	RefE 1. Halbjahr
Pharma- und Medizintechnik-Dialog	• Modernisierung der AMNOG-Nutzenbewertung und Arzneimittel-Preisbildung mit Blick auf personalisierte Medizin • Zugang zu innovativen Therapien und nachhaltige Finanzierung • Beschleunigung und Entbürokratisierung bei klinischen Studien, Verbesserung der Entwicklung und Versorgung mit Medizinprodukten, bessere Nutzung von Gesundheitsdaten und KI bei der Arzneimittel-Entwicklung • Verbesserung der Liefersituation und Resilienz bei der Versorgung mit kritischen Arzneimitteln • Weiterentwicklung zu umfassender Pharma- und Medizintechnikstrategie der Bundesregierung	Finalisierung Pharma- und Medizintechnikstrategie 2. Halbjahr
Weitere Vorhaben		
Suizidpräventionsmaßnahmen in Gesetz und Suizidassistentengesetz (Gruppenantrag); Änderung Implantateregistergesetz; Frauengesundheit		
EU-Themen		
Abschlussverhandlungen zum EU-Pharmapaket; Critical Medicines Act – 2026 Trilogverhandlungen mit dem Europäischen Parlament; Überarbeitung der EU-Medizinprodukteverordnungen (Medizinprodukte In-vitro-Diagnostika) – Verhandlungen ab Q2/26; EU Biotech Act I – Verhandlungen voraussichtlich ab Ende Q1/26 Vorschlag einer Verordnung über die Überwachung und Kontrolle von Drogenausgangsstoffen – Verhandlungen voraussichtlich ab 1. HJ 26		

Quelle: Bundesgesundheitsministerium; Stand: 14.01.2026

Meldung

Apothekenreform: Es wird ernst

Die Apothekenreform kommt wohl noch in diesem Jahr. Ungeachtet der massiven Kritik von Seiten der Ärzteschaft befindet sich der Entwurf des Apotheken-Weiterentwicklungsgesetzes (ApoVWG), der Ende 2025 das Bundeskabinett passiert hat, aktuell in der Gesetzgebungsphase. Vorgesehen ist unter anderem die Ausweitung von Befugnissen auf Apotheker, die bislang – mit Fug und Recht – Ärzten vorbehalten sind.

Demnach sollen Apotheker künftig beispielsweise bestimmte Impfungen vornehmen können und unter speziellen Voraussetzungen sogar rezeptpflichtige Medikamente ohne ärztliches Einverständnis an Kunden abgeben dürfen. Mit der Kompetenzerweiterung verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die Rolle der Apotheken bei der Gesundheitsprävention zu stärken und dem Apothekensterben entgegenzuwirken.

Vielen Akteuren im ambulanten Versorgungssystem der Hauptstadt greift die Apothekenreform deutlich zu kurz. Aus Sicht der KV Berlin wird das Gesetz die „aus allen Nähten platzende“ ambulante Versorgung nicht entlasten, im Gegenteil. Die ebenso praktikable wie nachhaltige Lösung für das Grundproblem heißt daher nach wie vor: intelligente Patientensteuerung.

ike

Geschlechtersensible Medizin

Gender ist kein Frauenthema, sondern Medizin



Herzinfarkt, Depression, Dosierung: Noch immer gilt der männliche Körper oft als medizinische Norm. Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin, und Dr. Martina Kloepper, Vorstandsvorsitzende des Instituts für Gender-Gesundheit, erklären, wie das Diagnosen verzögert, Leitlinien prägt und die Versorgung teurer macht. Außerdem erklären sie, was in der Ausbildung sowie der Vergütung verändert werden muss und wie digitale Tools helfen können.



Frauen und Männer haben bei vielen Erkrankungen unterschiedliche Symptome, Verläufe und Risiken. Warum wird geschlechtersensible Medizin aus Ihrer Sicht dennoch häufig als „Spezialthema“, gar als „Frauenthema“ und nicht als Bestandteil guter medizinischer Versorgung verstanden?

Dr. Christiane Wessel: Das ist ein eingefahrenes System – und ich sage das frei heraus: Es ist ein System, das lange von Männern beherrscht wurde und in zentralen Positionen bis heute stark von Männern geprägt ist. Wenn man schaut, wer die C4-Professuren hat, sind das in erster Linie Männer. Und diese Professoren bestimmen sehr oft, was geforscht wird und wo geforscht wird. Es gibt nach wie vor zu wenige Frauen in wissenschaftlicher Führung, um diese gläserne Decke wirklich zu durchbrechen. Solange das so ist, wird das Thema auch nicht selbstverständlich.

Gleichzeitig kommt es zwar stärker in die Öffentlichkeit – auch weil Politik sich dem annimmt und weil mehr darüber gesprochen wird. Aber es wird derzeit immer noch als „Frauenthema“ oder sogar als „Feminismusthema“ behandelt. Und Feminismus ist in Deutschland häufig negativ konnotiert. Das macht es zusätzlich



Foto: KV Berlin

Sprachen mit dem KV-Blatt über geschlechtersensible Medizin: Dr. Christiane Wessel (li.), stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin, und Dr. Martina Kloepper, Vorstandsvorsitzende des Instituts für Gender-Gesundheit.

schwer, das Thema als das zu positionieren, was es ist: ein Qualitätsmerkmal guter Medizin. Vielleicht gehen Frauen auch manchmal zu wenig nach vorne und sagen klar: Wir brauchen hier eine andere Sichtweise.

Dr. Martina Kloepper: Ich versuche einen kleinen positiven Impuls zu geben. Als wir 2013 den ersten „Bundeskongress Gender Gesundheit“ ins Leben gerufen haben, war das wirklich ein Exotenthema. Ich sage das gern so: Wir sind wechselseitig dafür entweder verlacht oder beschimpft

worden – je nach Verfassung des Gegenübers.

Ich erlebe aber, dass es punktuell längst angekommen ist. Es hängt nur sehr stark an einzelnen Personen – meistens Frauen, aber nicht nur. Wir waren im vergangenen Jahr an einem Innovationsprojekt beteiligt: „Heart-Gap“, also „Herzlücke“. Das war ein Versorgungsforschungsprojekt, in dem wir untersucht haben, warum der Herzinfarkt bei Frauen immer noch so unterdurchschnittlich behandelt wird, obwohl die unterschiedli-

Atypisch?

Entwicklung der Gendermedizin

1980er-Jahre

Die US-amerikanische Kardiologin Marianne Legato entdeckt Unterschiede bei Herzerkrankungen zwischen Männern und Frauen und macht mit ihrem Buch „Evas Rippe“ die Öffentlichkeit darauf aufmerksam

1990er-Jahre

Es kommt zur Weiterentwicklung der Gendermedizin als Teil der personalisierten Medizin

che Symptomatik durchaus bekannt ist. Frauen haben insgesamt seltener einen Herzinfarkt. Aber wenn es soweit ist, ist der „Point of no Return“ oft schneller erreicht.

Wichtig war uns, nicht mit dem Zeigefinger auf Kliniken zu zeigen, sondern wirklich herauszufinden, woran es liegt. Wir haben Fokusgruppen erstellt mit Ärzt:innen, Pfleger:innen und Patient:innen und diese geschlechterspezifisch ausgewertet. Ich fand bemerkenswert: Einige Kliniken sind aktiv auf uns zugekommen und haben gesagt, sie wollen mitmachen. Das waren wenige, aber es zeigt, dass sich Strukturen ändern lassen, wenn Menschen es ernst meinen.

Das Thema wird in der breiten Öffentlichkeit zunehmend besprochen, dadurch wird es auch bekannter. Studierende sind da sehr hinterher, der BVMD, der Bundesverband der Medizinstudierenden in Deutschland, fordert das ein. Mit unterschiedlichem Glück, denn es hängt auch in der Uni wieder stark an einzelnen Personen, ob das Thema wirklich gelehrt wird. In der Approbationsordnung ist es noch nicht flächendeckend verankert, im Nationalen Lernzielkatalog sind Inhalte vorhanden. Aber „State of the Art“ ist es noch nicht. Es ist nicht Standard, nicht so selbstverständlich im Curriculum wie Anatomie.

Frauen warten oft lange und nach vielen Arztkontakten auf eine korrekte Diagnose. Wo liegen aus Ihrer Erfahrung die größten strukturellen Ursachen für diese Verzögerungen?

Dr. Martina Kloepper: Ein zentraler Punkt ist fehlendes Wissen. In den Fokusgruppen im HeartGap-Projekt wurde uns oft gespiegelt – auch von jüngeren Ärzt:innen –, dass vieles gar nicht bekannt ist, weil es in der Ausbildung und in der Weiterbildung nicht vorkam.

Außerdem ist es häufig so, dass Symptome vielschichtiger sind – beim Herzinfarkt genauso wie bei anderen Erkrankungen. Übrigens gibt es das auch bei Männern: Da ist die Depression ein gutes Gegenbeispiel zum Herzinfarkt bei Frauen. Wenn ich beim Herzinfarkt bleibe: Oberbauchschmerzen können ein gastroenterologisches oder Rückenschmerzen ein orthopädisches Problem sein – oder eben ein Herzinfarkt. Das ist diagnostisch anspruchsvoll.

Dazu kommt, dass Frauen in der Beschreibung ihrer Beschwerden oft weniger ernst genommen werden. Ich erinnere mich an einen Satz von Prof. Vera Regitz-Zagrosek (Senior Professorin für Frauenspezifische

Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen an der Charité Berlin; Anm. d. Red.) aus einem Vortrag: In der Notaufnahme sei bei Frauen „das Problem, dass sie zu viel reden“. Frauen beschreiben Symptome häufig breiter, vielschichtiger, mit mehr Kontext – selbst, wenn sie Schmerzen haben –, und das kann Teams verwirren, statt sie zu unterstützen. Dann wird Diagnostik verzögert.

Ein anderes Beispiel ist die axiale Spondyloarthritis, eine rheumatische Erkrankung mit starken Schmerzen im unteren Rücken. Bei jüngeren Frauen wird das, wenn sie noch ihre Periode haben, auch mal als Regelschmerz fehlinterpretiert. Oder nehmen wir das Standardverfahren zur Diagnostik, die Bildgebung, also Röntgen. Die typischen Verhärtungen an der Wirbelsäule sieht man hier eher bei Männern als bei Frauen. Das heißt: Das Diagnoseverfahren passt nicht immer.

Dr. Christiane Wessel: Ich glaube auch, dass es sehr viel mit Wissen und Wahrnehmung zu tun hat. Um eine Wahrnehmung richtig einordnen zu können, muss ich wissen, dass unterschiedliche Symptome und auch eine unterschiedliche Ausdrucksweise je nach Geschlecht eine Rolle spielen können.

2001

Die WHO gibt eine Empfehlung für die Entwicklung einer geschlechterspezifischen Gesundheitsversorgung heraus. Geschlechtsunterschiede bei Diabetes werden vor allem durch die österreichische Medizinerin Alexandra Kautzky-Willer zunehmend bekannt. Auch bei Depression werden Geschlechtsunterschiede zunehmend unter Federführung von Anne Maria Möller-Leimkühler erforscht. Die Erforschung von Geschlechtsunterschieden bei Medikamenten rückt ins Blickfeld.

2013

Im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode wird verankert: „Wir wollen die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsleitlinien ergeben.“

2010er-Jahre
(ab 2. Hälfte)

Die Erforschung von Geschlechtsunterschieden bei Krebserkrankungen rückt in den Fokus.

„Solange zentrale Positionen in Forschung und Lehre überwiegend von Männern besetzt sind, bleibt geschlechtersensible Medizin kein Selbstverständnis.“

Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin

Wir müssen deshalb die Ärzt:innen-generation erreichen, die längst in den Praxen arbeitet – besonders im ambulanten Bereich. Darum war uns wichtig, das Thema ins KV-Blatt zu nehmen, um einen Anstoß zu geben, daraus Weiterbildungen mit Punkten zu machen. Alle haben viel zu tun und es gibt unendlich viele Weiterbildungsthemen – dieses Thema wird jedoch zu selten angeboten. Und wenn wir qualitativ gute Fortbildungen wollen, dann müssen sie auch verfügbar sein.

Dr. Martina Kloepper: In Österreich gibt es seit vielen Jahren eine anerkannte Weiterbildung. Dort kann man bei der Österreichischen Ärztekammer ein Diplom als Gender-Mediziner oder Gender-Medizinerin erwerben. Das ist eine offizielle Qualifikation. Bei uns lief das leider lange eher „nebenher“. Ich erinnere mich an eine Ärztin, die 2013 zu mir sagte: Der „Bundeskongress Gender-Gesundheit“ sei damals ihre einzige Möglichkeit gewesen, sich überhaupt zu informieren. Heute wäre

es besser, es gäbe mehr Angebote – aber das Thema ist noch nicht so in den Köpfen, wie es sein müsste.

Dr. Christiane Wessel: Genau. Es wird noch nicht so angeboten und verankert, dass es im Alltag selbstverständlich wird. Aber wir müssen deutlich machen, welche Bedeutung das für die einzelne Ärztin, den einzelnen Arzt hat. Dafür braucht es Bewusstsein.

Dr. Martina Kloepper: Und es hebt Effizienzreserven. Wenn Frauen zu spät oder falsch diagnostiziert werden, bleiben sie ja nicht zu Hause auf der Couch. Sie werden im System weitergereicht.

Dr. Christiane Wessel: Das sieht man sehr gut. Ich erinnere mich an Professor Michael Becker (Chefarzt für Kardiologie, Nephrologie und Internistische Intensivmedizin am Rhein-Maas Klinikum in Würselen; Anm. d. Red.), der sich auf Herzinfarkt bei Frauen spezialisiert hat. Wir saßen bei eurer Veranstaltung

„Salon Gender und Gesundheit“ (zeigt auf Dr. Martina Kloepper) in der Bayerischen Landesvertretung in Berlin. Er erzählte, dass zu ihm Frauen kommen, die vorher schon bei vielen anderen Ärzten waren – und trotzdem wurden ihre Herzprobleme nicht als solche wahrgenommen. Frauen erzählen oft mehr, lassen Emotionen zu, sind emotionaler. Das wird dann schnell nicht ernst genommen.

Und dann gibt es ganz handfeste Themen wie Laborwerte, Troponin zum Beispiel. Wenn Grenzwerte am „Mittelwert“ festgemacht werden, besteht die Gefahr, dass Frauen zu spät behandelt werden – und Männer zu früh. Dann wird bei Männern „locker“ ein Herzkatheter gemacht, der vielleicht noch gar nicht notwendig ist, weil ein Mittelwert angesetzt wurde. Dieser Mittelwert stimmt weder für Männer noch für Frauen.

Wenn es, wie sie beide sagten, beide Geschlechter betrifft, ist „Gendermedizin“ vielleicht das falsche Wort? Sollte man nicht genauer von geschlechtersensibler Medizin sprechen?

Dr. Martina Kloepper: Der Begriff kommt historisch aus den USA. Im Englischen unterscheidet man klar zwischen biologischem Geschlecht

Atypisch?

2015

Gendermedizinische Entwicklung und Erkenntnisse werden ins Präventionsgesetz beziehungsweise ins SGB V (Sozialgesetzbuch V) aufgenommen: Nach § 2a wird folgender § 2b eingefügt „Geschlechtsspezifische Besonderheiten: Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.“

2016

Es erfolgt die Aufnahme der Symptome eines Herzinfarkts bei Frauen in die Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK.

2021

Die Regierungsparteien haben im Koalitionsvertrag der 20. Legislaturperiode festgehalten: „Gendermedizin wird Teil des Medizinstudiums, der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe werden.“

(„sex“) und soziokulturellem Geschlecht („gender“), also dem, was durch Erziehung, Traditionen und den kulturellen Hintergrund geprägt ist. „Gender“ ist erst einmal ein Terminus technicus. Und: Gender betrifft Männer wie Frauen – Männer haben ein soziokulturelles Geschlecht und Frauen auch.

Durch die gesellschaftliche Debatte ist der Begriff „Gender“ inzwischen stark in der Kritik. Deswegen ist „geschlechtersensibel“ oder „geschlechterspezifisch“ oft die klarere, treffendere Bezeichnung.

Dr. Christiane Wessel: Mir ist dabei wichtig, dass wir es auch erklären: Es geht um einen geschlechtersensiblen Ansatz in der Medizin, der beide Geschlechter betrifft. Es wird zu oft so dargestellt, als ginge es nur um Frauen.

Dr. Martina Kloepfer: Genau. Wir reden mindestens über zwei Geschlechter: Frauen und Männer. Natürlich gibt es große Erkenntnisdefizite bei Erkrankungen, die Frauen betreffen oder nur Frauen betreffen – und deshalb schlägt das Pendel manchmal Richtung „Frauenmedizin“. Aber man darf das männliche Geschlecht nicht aus den Augen verlieren. Das versuchen wir beim Bundeskongress auch immer.



Foto: KV Berlin

Sowohl Dr. Martina Kloepfer (l.) als auch Dr. Christiane Wessel betonen, dass es beim Thema Gendermedizin um einen geschlechtersensiblen Ansatz in der Medizin gehe, der beide Geschlechter betrifft – nicht nur Frauen.

Ich beobachte außerdem, dass durch die geschlechtersensible Debatte insgesamt differenzierter über Männer- und Frauengesundheit nachgedacht wird. Themen wie Menopause oder Endometriose wurden vor zehn, 15 Jahren in dieser Form kaum diskutiert – das war lange ein Schmutzthema. Bei Männern ist es umgekehrt oft die Depression: Die wird weiterhin unterdiagnostiziert. Gleichzeitig haben wir im Schnitt eine deutlich höhere Suizidrate bei Männern. Mir kann keiner erzählen, dass man sich gut gelangt auf die Schienen legt. Und auch

im Kontext von Gewalt sollte man genauer hinschauen, wie Symptome sich äußern und wie schnell etwas falsch zugeordnet wird.

Dr. Christiane Wessel: Und wir dürfen nicht vergessen: In Studien waren lange überwiegend Männer vertreten. Das hat Gründe: Es war „einfacher“, hauptsächlich Männer einzubeziehen. Bei Frauen vor der Menopause hat man die Sorge vor einer Schwangerschaft, dazu kommen hormonelle Schwankungen, die man berücksichtigen müsste.

2020 bis 2025

Gendermedizin beziehungsweise eine geschlechtersensible Gesundheitsversorgung wird in die Koalitionsverträge der 20. und 21. Legislaturperiode aufgenommen. Es gibt kleine Anfragen zu Themen der Frauengesundheit – unter anderem zu Menopause und Endometriose. Auf Länderebene setzen sich die jeweiligen Gesundheitsminister:innen für eine Verbesserung der Frauengesundheit beziehungsweise eine geschlechterspezifische Gesundheitsversorgung ein. Besetzung von Lehrstühlen zu geschlechtersensibler Medizin: Universität Bielefeld und Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Zunehmende Diskussion zu Fragen der geschlechterspezifischen Medizin in den Medien.

„Frauen beschreiben ihre Beschwerden häufig breiter und mit mehr Kontext – und werden genau deshalb oft weniger ernst genommen.“

Dr. Martina Kloepfer, Vorstandsvorsitzende des Instituts für Gender-Gesundheit

Das macht Studien komplexer. Ich glaube aber, da werden uns KI und Modelle wie der „digitale Zwilling“ künftig sehr helfen.

Dr. Martina Kloepper: Ein weiterer historischer Grund ist der Contergan-Skandal. Danach sagte man: So etwas wollen wir nicht noch einmal erleben. Das ist nachvollziehbar, und es ist tatsächlich komplex. Schwierig ist nur die Folge: Wir arbeiten bis heute mit vielen Medikamenten, die an Frauen nie ausreichend erprobt wurden. Das ist dann Trial-and-Error. Und Geschlechterunterschiede gehen buchstäblich bis in die Leber – Medikamente werden nämlich unterschiedlich verstoffwechselt.

Professor Gerd Glaeske hat 2012 im Arzneimittelreport für die Barmer untersucht, wie sich Verträglichkeit und Verschreibung nach Geschlecht unterscheiden. Für uns war das damals eine Initialzündung. Frauen wurden deutlich häufiger mit Psychopharmaka versorgt als Männer. Bei anderen Erkrankungen bekamen sie weniger Medikation. Und dann kommt das Alter dazu: Der Stoffwechsel ändert sich bei beiden Geschlechtern, bei Frauen teils noch einmal anders. Wenn eine ältere Dame Benzodiazepine bekommt, werden die manchmal gar nicht mehr richtig abgebaut – dann sind Betroffene dauerhaft „im Nebel“.

Dr. Christiane Wessel: Hormonelle Veränderungen bei Männern sind ebenfalls unterrepräsentiert. Darüber wird viel zu wenig gesprochen: Wie wirkt sich der Testosteronmangel aus? Wenn jemand einen dicken Bauch hat, hat er oft kaum noch Testosteron. Das hat Auswirkungen – bis hin zu Themen wie Erektionsstörungen. Das zeigt: Es trifft beide Geschlechter.

Frauenärzt:innen verschreiben Antibiotika oft nach Beipackzettel, ohne dass uns immer bewusst ist, dass die Dosierung historisch überwiegend auf Männer ausgerichtet war. Es

muss in die Köpfe, dass man Dosierung und Wirkung stärker auch geschlechtersensibel denkt.

Dr. Martina Kloepper: Ich fand es bei den Corona-Impfungen eindrücklich. Es musste schnell gehen, und wir können froh sein, dass es Impfstoffe gab. Aber viele jüngere Frauen haben Nebenwirkungen beklagt, teilweise gravierend. Auch da wurde ein One-Size-fits-all-Prinzip angewendet: gleiche Dosis für alle. Wenn man das Immunsystem einrechnet – das bei jüngeren Frauen oft noch stärker reagiert –, stellt sich zumindest die Frage, ob man in bestimmten Gruppen mit einer geringeren Dosis ausgekommen wäre. Ob das inzwischen systematisch untersucht wird, weiß ich nicht, aber es wäre wichtig.

Ich habe außerdem mit einer Ärztin über eine andere Medikation gesprochen – ich meine, es war onkologisch, sicher bin ich nicht mehr. Sie hatte eine kleine, zierliche asiatische Patientin und sagte: Wenn ich ihr die Leitliniendosis gebe, bringe ich sie um. Sie hat die Dosis auf eigene Verantwortung deutlich reduziert und geschaut, was passiert. Das zeigt: Es gibt einen großen Graubereich, den Forschung noch sauberer abdecken muss. Wir sind da nicht am Ende.

Wissen Ärzt:innen in den Praxen um dieses Thema – oder verdrängen sie es?

Dr. Christiane Wessel: Ich würde sagen: Das Thema ist im täglichen Tun der Kolleg:innen zumindest noch nicht fest etabliert.

Dr. Martina Kloepper: Manche wissen es tatsächlich nicht – und viele haben im Alltag auch keine Zeit, sich zusätzlich einzuarbeiten. Da könnte KI helfen, etwa über Entscheidungsbäume: Wenn bestimmte Symptome auftauchen, die auf mehrere Indikationen hindeuten, geht eine „rote Lampe“ an: Hast du an Herzinfarkt gedacht? An Depression bei Männern? An Testosteronmangel? Solche Tools könnten unterstützen.

Wenn man geschlechtersensible Anamnese ernst nimmt, ist sie aufwendiger. Es ist ein Zeitfaktor – und dieser Zeitaufwand wird aktuell nicht angemessen vergütet. Jede Praxis ist am Ende auch ein Einzelunternehmen. Ich sage immer: Guckt auf den Euro, dann weiß man, wie es funktioniert.

Dr. Christiane Wessel: Zeit und Bewusstsein fehlen in der Masse. Nehmen wir Depression: Frauen bekommen oft schnell ein Antide-



Foto: KV Berlin

„Es fängt bei Bildern an: In Lehrbüchern findet man meist den männlichen Torso. Da beginnt Normierung. Wir sind Bildmenschen, das kann sich ändern“, sagt Dr. Martina Kloepper, Vorstandsvorsitzende des Instituts für Gender-Gesundheit.

„Gendermedizin wird noch immer als Frauenthema behandelt – dabei ist sie ein Qualitätsmerkmal guter Medizin.“

Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin

pressivum – und manchmal steckt vielleicht „nur“ ein Östrogenmangel dahinter. Wir wissen, dass in den Wechseljahren die Verschreibung von Antidepressiva deutlich ansteigt. Männer bekommen dagegen zu wenig, weil die Depression bei ihnen nicht oder nur schwer erkannt wird.

Frauen können emotionale Themen oft besser besprechen. Männer gehen häufig erst zum Arzt, wenn die Partnerin sagt: „Ich lasse mich scheiden – oder du gehst.“ Oder wenn es gar nicht mehr geht. Und dann muss man in einer Hausarzt- oder Facharztpraxis die Zeit finden, länger zu sprechen. Ein Mann kommt vielleicht „nur schnell“ wegen Blutdruck – aber wenn man merkt, da steckt eine psychische Überlastung dahinter, braucht diese Tatsache Zeit, Überzeugung und Kontinuität.

Dr. Martina Kloepfer: Ich würde sagen: Frauen und Männer relativieren Symptome – je nachdem, welche. Ein Mann, der unter Stress leidet und in Richtung psychische Störung rutscht, wird das oft kaum formulieren können, weil er es nie gelernt hat. Ich hoffe, dass jüngere Generationen da weiter sind und dass es nicht als Schwäche gilt, Schwäche zuzugeben – sondern als Stärke.

Bei Frauen hingegen ist der Herzinfarkt ein extremes Beispiel. Eine Anekdote aus dem „HeartGap“-Projekt: In einer Klinik, in der das Thema intensiv diskutiert wurde, hatte die Kollegin aus der Öffentlichkeitsarbeit später selbst einen Herzinfarkt. Sie wusste theoretisch alles, weil der Klinikdirektor das Thema vorangebracht hatte, Chefärzte verpflichtet hatte, wir Vorträge gemacht hatten. Und trotzdem hat sie ihre Symptome zunächst mit Wechseljahresbe-

schwerden verwechselt. Erst ganz zum Schluss merkte sie: Das ist nicht mehr normal. Sie ist sogar mit dem eigenen Auto in die Klinik gefahren. Dort kamen dann auch die „klassischen“ Symptome wie Oberarmschmerzen. Das zeigt, wie tief es verinnerlicht ist: Man weiß es theoretisch – und bringt es trotzdem nicht zusammen.

Welche Krankheitsbilder sind aus Ihrer Sicht, neben den bereits genannten, noch betroffen?

Dr. Martina Kloepfer: Ich würde die Onkologie nennen. Es gibt Forschungen, die nahelegen, dass Männer genetisch tatsächlich schlechtere Karten haben. Das soll keine Entschuldigung für Lebensstil sein – im Gegenteil, oft kommt viel Negatives zusammen: Männer pflegen häufiger einen ungesünderen Lebensstil, und zusätzlich haben sie genetisch bestimmte Nachteile. Das Y-Chromosom hat – plakativ gesagt – „weniger entgegensetzen“, weil „ein Strich fehlt“. Und mit diesem Strich fehlen Tumorsuppressoren, die Tumore abwehren können. Da haben Männer tatsächlich das kürzere Streichholz gezogen.

Dr. Christiane Wessel: Das müsste eigentlich dazu führen, dass Männer konsequenter zur Vorsorge gehen. Tun sie aber bis heute zu selten. Nierenerkrankungen gehören auch dazu – sie werden unterschiedlich früh erkannt oder eben nicht.

Dr. Martina Kloepfer: Osteoporose ist auch interessant. Das gilt als Frauenkrankheit, aber Männer sind ebenfalls betroffen – oft wird es bei ihnen nur später erkannt. Grundsätzlich könnte man bei nahezu allen Erkrankungen systematisch hinschauen.

Ich erinnere mich an eine Untersuchung zum Effekt von Sport auf den Gesamtzustand: Der Outcome sei bei Männern besser als bei Frauen. Da frage ich sofort: Moment – was zählt denn als Sport? Ich hätte gern das Fitnessbuch „Sixpack mit Staubsauger“ (lacht).

Dr. Christiane Wessel: Viele internistische und neurologische Erkrankungen sind betroffen. Bei den Nieren sehe ich, dass zunehmend auch Fachgesellschaften genauer hinschauen – nicht überall, aber die Aufmerksamkeit wächst.

Obwohl medizinische Leitlinien existieren, werden Frauen bei Herz-, Nieren- oder Stoffwechselerkrankungen seltener leitliniengerecht behandelt. Woran scheitert die Umsetzung im Versorgungsalltag?

Dr. Martina Kloepfer: Leitlinien arbeiten oft nach dem Prinzip One-size-fits-all. Für Frauen nach der Menopause setzt ein riskanter Bluthochdruck teils bei niedrigeren Werten an. Das wird oft ignoriert – mit dem Argument der Leitlinie.

Dr. Christiane Wessel: Das liegt daran, weil Leitlinien selbst selten geschlechtersensibel sind. Das beginnt schon bei der Besetzung der Leitlinienkommissionen: Das sind häufig „die Herrn Professoren“, also überwiegend Männer. Geschlechtersensible Aspekte kommen erst sehr selten vor – und wenn, dann oft nicht prominent.

Dr. Martina Kloepfer: Herzinfarkt bei Frauen wird seit den 1980er-Jahren in Fachkreisen diskutiert. Trotzdem stand 2011 in einer Leitlinie sinngemäß noch der Satz, dass

Frauen und Männer gleich zu diagnostizieren und gleich zu behandeln seien. Erst 2016 wurde zum ersten Mal erwähnt, dass Frauen „atypische“ Symptome haben können. Allein das Wording ist problematisch: Damit ist der Mann der Normalfall und die Frau die Abweichung. Und selbst wenn es erwähnt wird, steht es teilweise im Anhang – da liest kaum jemand weiter.

Dr. Christiane Wessel: Leitlinien sind für viele wie eine Bibel. Wer abweicht, macht sich angreifbar. Also bleibt man lieber innerhalb der Leitlinie – manchmal ohne den eigenen Verstand ausreichend einzuschalten. Gleichzeitig fehlen in den Leitlinien oft genau die geschlechtersensiblen Punkte, die man bräuchte. Da muss sich strukturell etwas verändern – in den Leitlinien selbst, aber auch bei Studien, die Leitlinien speisen.

Wie kann die Besetzung dieser Leitlinienkommissionen geändert werden?

Dr. Christiane Wessel: Wenn es eine verbindliche Quote oder einen Mindestanteil von Professorinnen in solchen Gremien gäbe, würde sich etwas bewegen. Freiwillig gibt kaum jemand so eine Position auf.

Dr. Martina Kloepper: Wir bräuchten auch Auflagen für Studien: Man muss geschlechterspezifische Differenzen prüfen – auch wenn am Ende herauskommt, dass es keine gibt. Allein dieser Druck würde das Thema stärker in Leitlinien bringen. Ein Professor hat mir einmal gesagt: Leitlinienarbeit ist auch eine Prestigefrage. Genau deshalb gibt man Positionen ungern ab.

In der politischen Debatte geht es immer wieder um die Frauenquote. Gegner sagen, es solle nur nach Kompetenz ausgewählt werden. Wie sehen Sie beide diese Auseinandersetzung?

Dr. Christiane Wessel: Es gibt viele kompetente Frauen, die schwer

Anmeldung zum 6. Bundeskongress Gender-Gesundheit 2026



in Führungspositionen kommen. Gleichzeitig gibt es inkompetente Männer, die in Führung sind.

Dr. Martina Kloepper: Diese Debatte war damals ein Grund, den Bundeskongress aufzubauen. 2011, 2012 und 2013 war die Quotendiskussion in der Wirtschaft sehr präsent – Thomas Sattelberger, ehemaliger Personalchef der Telekom, hat als Mann das Thema Quote stark gesetzt, dann gab es eine wilde Diskussion: Quote versus „nur die Besten“. Ich habe mich damals in der Ärzteschaft umgeschaut: Es gibt genügend Ärztinnen, die ihr Studium erfolgreich abgeschlossen haben und erfolgreich praktizieren. Wenn wirklich immer nur die Besten nach oben kämen, müssten deutlich mehr Frauen in Führungspositionen sein – auf C4-beziehungsweise W3-Professuren oder auf Chefärzt:innensesseln. Das passiert bis heute nicht. Daher, finde den Fehler.

Wenn man tiefer schaut, hängen viele Gründe an Karrierewegen, die historisch männlich definiert sind. Bis zur Promotion klappt es oft noch mit der Quote. Aber in der Fachärzt:innenausbildung geht die Schere auseinander – und bei Professuren erst recht. Familienplanung spielt eine Rolle, und noch bekommen Frauen die Kinder. In manchen Fächern – etwa in der Chirurgie – bedeutet eine Schwangerschaft praktisch Berufs-

verbot am OP-Tisch. Was als Schutz gedacht war, wirkt als Behinderung. Dadurch verlangsamt sich der Karriereweg.

Ich habe mit Dr. Christiane Groß gesprochen, der ehemaligen Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes. Sie sagte sinngemäß: Frauen hängen aufgrund dieser Verzögerungen oft fünf Jahre hinterher. Bis dahin haben Männer die Posten besetzt.

Dr. Christiane Wessel: In Deutschland ist eine Schwangerschaft oft nicht einmal das Hauptproblem. Das Modell danach bremst. Viele Frauen bleiben ein Jahr zu Hause und arbeiten danach halbtags. So dauert eine Facharztweiterbildung statt vier oder fünf häufig sechs oder sieben Jahre. Je mehr Kinder, desto länger. Man könnte das regeln, zum Beispiel durch eine paritätische Elternzeit, also Hälfte/Hälfte. Aber wir haben diese Entscheidung den Familien überlassen, und das tradierte Mutterbild ist stark: Mutter muss ein Jahr zu Hause bleiben, sonst ist sie eine „Rabenmutter“. Das Bild zieht sich durch politische Lager und Milieus und ist schwer zu durchbrechen.

Dr. Martina Kloepper: Bei der ganzen Vereinbarkeitsdiskussion müssen die Väter immer mitgedacht werden. Vereinbarkeit ist kein Frauenthema. Jungfrauengeburt hat nur einmal geklappt – und das ist auch nicht belegt (lacht). Da gehören immer zwei dazu.

Männer berichten übrigens ebenfalls von Karrierenachteilen, wenn sie wirklich Elternzeit und Care-Arbeit übernehmen wollen – unabhängig von der Medizin. Einerseits beklagen wir demografische Entwicklung, andererseits gilt Kinderkriegen vielerorts als „Betriebsunfall“.

„Es gibt viele kompetente Frauen, die schwer in Führung kommen. Dabei gibt es inkompetente Männer, die in Führung sind.“

Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin

Ein Freund von mir hat in seiner Dissertation einen Exzellenzstudiengang untersucht und junge Studierende im medizinischen Bereich befragt, die auch in die USA gehen konnten: Wie sehen sie ihre Karrierewege in Europa, sprich Deutschland? Das Ergebnis: Ein sehr kleiner Anteil der jungen Frauen sah für sich einen Karriereweg in Deutschland, ein sehr großer Anteil sagte, sie sehen für sich keine Zukunft. In den USA war es deutlich anders. Das heißt nicht, dass in den USA alles perfekt ist – geregelte Kinderbetreuung ist dort auch unterentwickelt. Aber die gesellschaftliche Akzeptanz ist eine andere, wodurch individuelle Lösungen eher möglich sind.

Selbst wenn Initiative da ist, wird sie in Deutschland oft bürokratisch ausgebremst. Ich erinnere mich an junge Ärztinnen, die eine private Kinderbetreuung in einer Klinik organisieren wollten: Raum war da, Konzept und Betreuung auch. Das Projekt wurde verhindert, weil Behörden und Versicherungen mit Auflagen kamen – bis hin zur Frage nach bissfester Farbe an den Wänden. Ich weiß nicht, wie oft Kinder zu Hause in die Wand beißen – aber genau an solchen Dingen scheitert es dann.

Viele entscheidende Weichenstellungen erfolgen im niedergelassenen Bereich. Welche Rolle können KVen dabei spielen, geschlechtersensible Medizin stärker in der Breite der Versorgung zu verankern?

Dr. Christiane Wessel: KVen können vor allem immer wieder darauf hinweisen und das Thema sichtbar machen – zum Beispiel über das KV-Blatt. Und wir brauchen Qualitätszirkel, dafür muss man werben, und sie müssen anerkannt werden können. Fortbildung ist formal Ärztekammersache. Aber in Zusammenarbeit kann man Angebote fördern, nach vorne stellen und sagen: Hier sind qualitativ gute Formate, die in der Fläche gebraucht werden. Am Ende hängt es natürlich auch am Vergütungssystem.

Foto: KV Berlin



Um geschlechtersensible Medizin stärker in der Breite der Versorgung zu verankern, können KVen „vor allem immer wieder darauf hinweisen und das Thema sichtbar machen. Und wir brauchen Qualitätszirkel, dafür muss man werben, und sie müssen anerkannt werden können“, erklärt Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorstandscheffin der KV Berlin.

Geschlechtersensible Diagnostik erfordert Zeit, Wissen und oft zusätzliche Untersuchungen – ist aber bislang kaum vergütet. Welche Anreizsysteme wären notwendig, damit geschlechtersensible Medizin Teil der Regelversorgung wird und kein Idealismus bleibt?

Dr. Christiane Wessel: Angesichts leerer Kassen ist das schwierig. Aber mein Lieblingssatz bleibt: Steter Tropfen höhlt den Stein. Wir müssen uns als Gesellschaft entscheiden, was wir uns leisten können und was wir uns leisten wollen. Dann ist auch Geld für Prävention da. Prävention ist übrigens kein reines Krankenkassenthema, sondern ein gesamtgesellschaftliches Thema. Es kann nicht sein, dass ein Gesundheitsministerium oder eine Senatsverwaltung Gesundheit etwas verlangt, aber Bildung außen vor bleibt. Gerade Bildung gehört dazu.

Und wir müssen ehrlich über Steuerung sprechen: Brauchen wir wirklich so viele MRTs und CTs, wie aktuell gemacht werden? Oder können wir dieses Geld nicht besser für andere Dinge einsetzen – zum Beispiel, um Beratung besser zu vergüten? Bera-

tungsleistung braucht finanzielle Anerkennung.

Gleichzeitig gibt es auch Eigenverantwortung. Menschen können sich informieren – manchmal reicht schon ein gutes Buch, dann sind viele Fragen geklärt. Ärzt:innen müssen sich Wissen über Geschlechterunterschiede aneignen. KI und Digitalisierung können helfen, schneller und effizienter zu werden. Trotzdem höre ich überall: „Dafür brauchen wir mehr Geld.“ Das sagen die Laboratoriumsmediziner:innen, die Genetik brauchen, das sagen diejenigen, die sich mit seltenen Erkrankungen beschäftigen, das sagen Beratungsstellen – und ja, alles ist wichtig. Aber die Kassen sind leer, also müssen wir das Thema Priorisierung angehen.

Dr. Martina Kloepper: Was in Deutschland gut vergütet wird, ist Gerätemedizin – und in vielen Fällen ist das sinnvoll. Aber Gesprächsmedizin wird oft nicht angemessen abgebildet. Dabei ist geschlechtersensible Anamnese – ob bei Depression oder bei Herzerkrankungen – aufwendiger. Sie braucht mehr Gespräch. Damit kann man Fehlleitungen vermeiden und Effizienzreserven heben: Die Frau

hat eine Herzerkrankung und nicht „nur“ eine Depression. Der Mann hat eine Depression und nicht primär ein orthopädisches Problem. Das spart am Ende Wege im System.

Und ja, Eigenverantwortung spielt eine Rolle. Aber ich erinnere mich an meine eigenen Wechseljahre: Das wurde gesellschaftlich überhaupt nicht diskutiert. Ich wusste nicht mal, was mit mir los war. Ich hätte gar nicht gewusst, welches Buch ich hätte kaufen sollen – es gab das in der Form nicht.

Dr. Christiane Wessel: Bei Wechseljahren sehen wir auch: Viele Frauenärzt:innen beraten bis heute zurückhaltend, weil dieses Krebs-Narrativ in den Köpfen sitzt. Die Diskussion „Verursachen Hormone Krebs oder nicht?“ muss man aushalten. Ich bin ein Hormonfan und habe viel Präventivmedizin gemacht. Ich hatte Patientinnen, denen ich das ausführlich erklärt habe – und die kamen jedes Jahr wieder mit derselben Frage, weil eine Freundin beim Sport sagt: „Du wirst Brustkrebs bekommen, weil du Hormone nimmst.“ Das ist weniger geworden, aber es gibt es noch. Irgendwann haben Kolleginnen und Kollegen auch keine Lust mehr, jedes Jahr dieselbe Angstdebatte zu führen. Medien spielen dabei eine große Rolle.

Dr. Martina Kloepper: Vielleicht ist dieses Misstrauen gegenüber Medikamenten auch ein speziell deutsches Problem – es muss alles natürlich sein. Frauen wird sehr früh beigebracht: Periodenschmerzen? Musst du durch. Schwangerschaft mit massiver Übelkeit? Musst du durch. Geburt? Musst du durch. Wechseljahre? Musst du durch.

Broschüre „Gendermedizin, ist da etwas dran?“



„Was in Deutschland gut vergütet wird, ist Gerätemedizin – Gesprächsmedizin dagegen viel zu selten.“

Dr. Martina Kloepper,
Vorstandsvorsitzende des Instituts
für Gender-Gesundheit

Meine These ist: Frauen entwickeln dadurch eine andere Körperwahrnehmung und Einschätzung ihrer Körperlichkeit als Männer. Und dann kommt eine Studie, deren Ergebnisse sich ewig in den Köpfen hält – ich vergleiche das gern mit dieser Spinatstudie, die auch falsch war – und alle Welt ist überzeugt: „Ein Medikament ist fremd, daher bekommst du davon Brustkrebs.“ Diese Annahme ist ganz schwer wieder herauszubekommen.

Bei Hormonersatz ist es besonders tragisch: Das sind heute ganz andere Medikamente als vor 30, 40 Jahren. Ähnlich bei der Pille: Ich hatte mal ein Interview mit jungen Studentinnen, die sagten „Die Pille ist ganz schlimm.“ Da habe ich gesagt: Gehen wir 100 Jahre zurück – was ist mit der Freiheit der Frau? Viele Freiheiten verdanken wir der Pille. Auch das gehört zur Einordnung.

Dr. Christiane Wessel: Eine Kollegin war in einem Seminar mit einem Kardiologen aus Berlin-Buch. Es ging um Wechseljahre und Hormonersatz. Und er sagte sinngemäß: „Da mussten erst die Gynäkologen kommen, um uns Kardiologen darauf hinzuweisen, wie wichtig Östrogentherapie ist.“ Ich erinnere mich auch an eine Angiologin, die meiner Schwester sagte, sie solle sofort mit Hormonersatz aufhören – was ich schlimm fand.

Es gibt Studien, die zeigen, dass Gefäße schneller verkalken, wenn der Östrogenmangel einsetzt. Männer haben deshalb früher Herzinfarkte – sie haben den Östrogenschutz nicht. Bei Frauen lässt dieser Schutz nach der Menopause nach, und dann holen sie in der Statistik auf.

Was wären aus Ihrer Sicht realistische erste Schritte, um Versorgung geschlechtersensibler zu gestalten – kurzfristig und langfristig? Was müsste sich tun, damit geschlechtersensible Medizin in zehn Jahren kein Nischenthema mehr ist?

Dr. Christiane Wessel: Wir müssen mehr in die Öffentlichkeit – immer wieder. Und wir sollten keine Sorge haben, abgestempelt zu werden. Wir müssen trotzdem darüber reden. Wir müssen uns verbünden, auch mit digitalen Tools, die das Thema mit beachten. Und vor allem: Information, Information, Information.

Dr. Martina Kloepper: Und Ausbildung. Die jungen Studierenden müssen das Thema standardmäßig im Curriculum haben – nicht als Extra-Fach „Gendermedizin“, sondern integriert in die Fächer, übergreifend. Es spielt in allen Fachrichtungen eine Rolle und betrifft alle Gesundheitsberufe: MFA, Pflege, andere Fachberufe.

Es fängt bei Bildern an: In Lehrbüchern findet man meist den männlichen Torso. Da beginnt Normierung. Wir sind Bildmenschen, das kann sich ändern.

Und für bereits ausgebildete Ärzt:innen ist eine offiziell anerkannte Weiterbildung im Bereich geschlechtersensible Versorgung sinnvoll als Zusatzqualifikation. Dann ist es im System und kann nicht immer wieder weggedrückt werden.

Dr. Christiane Wessel: In zehn Jahren wünsche ich mir, dass geschlechtersensible Medizin in der Gesellschaft angekommen ist: Männer und Frauen sind besser informiert, und das Thema ist im Studium verankert.

„Leitlinien sind für viele wie eine Bibel – und wer davon abweicht, macht sich angreifbar.“

Dr. Christiane Wessel,
stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin

Geschlechtersensible Medizin

Warum Einheitsmedizin viele Patienten übersieht

Als erste Professorin für geschlechtersensible Medizin mit klinischer Tätigkeit in Magdeburg verbindet Dr. Ute Seeland Forschung, Lehre und Versorgung. Im Gespräch erklärt sie, warum Einheitswerte nicht reichen, wo Risiken übersehen werden – und wie ihre Hochschulambulanz praktisch arbeitet.

Frau Prof. Dr. Seeland, Sie haben die bundesweit erste Professur für geschlechtersensible Medizin mit Hochschulambulanz an der Medizinischen Fakultät an der Universität Magdeburg inne. War der Weg dahin für Sie schwierig – mit welchen Herausforderungen hatten Sie zu kämpfen?



Foto: OVGU

Ich hatte das Glück einer gleichberechtigten Ehe: Mein Mann hat mich unterstützt, und für uns war klar, dass wir beide gerne in unserem medizinischen Beruf arbeiten wollen. Er war eher klinisch unterwegs, ich war schon immer wissenschaftlich orientiert.

Als wir irgendwann gemerkt haben, dass wir Kinder möchten, stand die Frage im Raum: Wie machen wir das? Wir haben entschieden, dass wir uns beide kümmern – und wir haben uns Hilfe organisiert. Am Ende hatten wir zwölf Au-pair-Mädchen. Natürlich gab es Kindererziehungszeiten, jeweils ungefähr ein Jahr.

Ich habe außerdem ein Forschungsstipendium bekommen, sodass ich zeitweise nicht in der Klinik arbeiten musste. Das ließ sich gut mit Kindererziehung kombinieren. Mein Mann hat dann seinerseits Zeiten übernommen – und in dieser Phase konnte ich wieder voll arbeiten.

Fachlich habe ich die Fachärztin für Innere Medizin gemacht, mit Ausbildungsschwerpunkt in der Kardiologie. Für die geschlechtersensible Medizin war mir dabei die große internistische Ausbildung besonders wichtig – die klassische fünfjährige, die es heute so nicht mehr gibt. Das

halte ich für einen riesigen Rückschritt, denn um den systembiologischen Ansatz der geschlechtersensiblen Medizin umsetzen zu können, braucht man ein breites physiologisches und pathophysiologisches Wissen. Wir haben noch von Oberärztinnen und Oberärzten mit viel Erfahrung gelernt, die sind heute in den Kliniken kaum noch vorhanden. Heute gibt es Funktionsoberärzt:innen, die sind oft sehr spezialisiert.

Auf Stationen ist mir außerdem aufgefallen: Alle sind unzufrieden – Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Pflege. Ich habe mich gefragt, woran das liegt. Mein Eindruck war: Uns fehlen Werkzeuge. Wir haben nicht genug Instrumente in der Hand, um viele Erkrankungen wirklich zu verstehen, sauber zu diagnostizieren und gezielt zu therapieren. Und ich habe erlebt, wie unglaublich lange es dauert, bis sich Prozesse verändern.

Dann wurde mir klar: Bei Frauen sind Symptome oft anders. Und parallel kam ein zweites Schlüsselmoment aus meiner Forschung mit Mäusen: Ich habe keine reproduzierbaren Ergebnisse hinbekommen. Da liegt es nahe, erst einmal sein eigenes Können in der Laborforschung zu verbessern. Irgendwann habe ich aber

Univ.-Prof. Dr. Ute Seeland forscht an der Universität Magdeburg zu geschlechterfokussierten Bias in der Medizin.

erkannt, dass ich die Methode beherrschte: Es lag daran, dass ich mal männliche und mal weibliche Mäuse bekommen habe – und die reagieren unterschiedlich.

An der Charité etablierte sich das Institut für Geschlechterforschung in der Medizin unter der Leitung von Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek. Aus der „Frauenmedizin“ in der Kardiologie entwickelten sich immer mehr Fragestellungen. Mich interessieren besonders die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Wenn wir die Unterschiede kennen, entstehen auch Ideen, was jeweils für das andere Geschlecht relevant ist. Und es gibt Erkrankungen, bei denen das männliche Geschlecht den Bias hat – während andere eher „frauenlastig“ sind, zum Beispiel Osteoporose, Depressionen oder viele rheumatologische Erkrankungen.

An der Charité war ich ziemlich erfolgreich, aber ich habe auch Widerstände erlebt – von Frauen und von Männern. Letztlich habe ich immer über Daten und Wissenschaftlichkeit überzeugen können. Gleichstellungsfragen waren nicht mein Thema – das haben andere gemacht. Mir ging es darum die Geschlechterunterschiede in die medizinische Fachwelt zu bringen und damit letztendlich auch in die Versorgung.

So konnte ich als Erste in Deutschland in der Inneren Medizin im Fach Geschlechtersensible Medizin habilitieren. Das war eine große Errungenschaft, weil ich damit überhaupt berufungsfähig für eine Professur wurde. Danach stellte sich die nächste Frage: Wie schafft man eine Professur für geschlechtersensible Medizin, wenn es so etwas gar nicht gibt?

Ich habe mich bei der Margarete-Ammon-Stiftung beworben. Die Stifterin war so überzeugt, dass sie gesagt hat: „Ich bin überzeugt, Sie haben recht – es wird eine Stiftungsprofessur geben.“ So bin ich letztendlich nach Magdeburg gekom-

„Wir brauchen einen systembiologischen Blick auf den Menschen.“

Dr. Ute Seeland, Professorin für Geschlechtersensible Medizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

men. Ich bin seit einem Jahr hier und bearbeite alle drei Säulen: Lehre, Forschung – und seit April 2025 auch die erste Hochschulambulanz für geschlechtersensible Medizin und Prävention.

Diese Hochschulambulanz dient natürlich auch Forschung und Ausbildung. Das Prinzip ist: Wir sehen die Menschen, und wir stellen Diagnosen oft noch einmal neu – und das funktioniert. Das Schöne ist zu sehen, dass es mir gelungen ist, dieses theoretische Fach in ein praktisches Fach zu übersetzen: Es funktioniert in der Versorgung. Ich mache begleitende Qualitätsanalysen und Forschung und bereite den nächsten Schritt vor – in Richtung Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern, um eine Zusatzbezeichnung zu planen. Wir haben das theoretische Material, jetzt brauchen wir Ausbildungsstellen.

Und weil ich die erste in Deutschland bin, die in dem Fach Innere Medizin/ Geschlechtersensible Medizin habilitiert ist, habe ich die Aufgabe, viele Menschen auszubilden. Es gibt sehr talentierte – im Moment vor allem Frauen, aber ich hoffe, die Männer kommen auch irgendwann auf die Idee, geschlechtersensible Medizin bei mir zu lernen. Ich hoffe, dass es immer mehr Professuren mit dem Schwerpunkt Geschlechtersensible Medizin geben wird, zunächst müssen wir aber die Ausbildung der potenziellen Kandidatinnen vorantreiben. Das ist ein langer Weg, außerdem müssen wir jetzt die Aus-

bildungsstätten schaffen, damit die Voraussetzungen für die Beantragung einer Zusatzbezeichnung bei der Ärztekammer für die klinisch orientierten Kolleg:innen erfüllt sind.

Für mich bedeutet geschlechtersensible Medizin: weg von reiner Organspezifität. Natürlich brauchen wir Organspezifität – bei Katheterdiagnostik, Prozeduren, OPs muss man Dinge tausendmal gemacht haben, um sie zu können. Aber wenn es darum geht, die allgemeine Versorgung sicherzustellen und möglichst schnell die richtigen Diagnosen zu stellen, braucht man einen systembiologischen Blick auf den Menschen, damit wir allen die richtige Medizin anbieten – und keine Gruppe verlieren.

Das heißt: Ich schaue zuerst, in welchem Geschlecht ein Mensch geboren ist, und dann, in welchem Sexualhormon-Zyklus er oder sie sich befindet – prämenopausal mit Zyklus, im Übergang zur Postmenopause, postmenopausal, schwanger; bei Männern spielen Altersphasen ebenfalls eine Rolle. Es gibt „Landmarks“ in den Systemen, die unseren Körper bestimmen – etwa das Renin-Angiotensin-System, das für Bluthochdruck wichtig ist. Es gibt viele echte Geschlechter-Polymorphismen und manifeste Geschlechterdimorphismen.

All diese Systeme – und gerade die Zyklussysteme – sind eng mit dem Gehirn verbunden. Ich denke nicht in Organbereichen. Organe sind für mich Effektorgane: Dort sehen wir Veränderungen, aber „krank“ ist ein System dahinter – oder ein System altert. Für mich ist Altern keine

„Verhalten ist genauso ein Risikofaktor wie Bluthochdruck.“

Dr. Ute Seeland, Professorin für Geschlechtersensible Medizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Krankheit. Man kann auch gesund altern; es sind verschiedene Lebensabschnitte.

Genau das spüren Patientinnen und Patienten: Sie sagen, ich sei die Erste, die sie überhaupt versteht. Sie merken, dass man nicht im Schema F denkt, sondern das System verstehen will. Das untersuche ich in der Hochschulambulanz sehr systematisch: Alle Patientinnen und Patienten durchlaufen denselben Parcours – ein Ganzkörper-Assessment mit verschiedenen Stationen.

Welche konkreten Unterschiede beobachten Sie zwischen Frauen und Männern bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen – in Symptomatik, Diagnostik und Therapie?

Dazu haben wir gerade ein Innovationsfonds-Projekt abgeschlossen, das heißt „HeartGap“. Es geht um den Ist-Zustand der Geschlechterunterschiede in der Kardiologie auf Stationen – aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte, der Pflege und der Patientinnen und Patienten. Wir haben das analysiert und Handlungsempfehlungen geschrieben. Ein Teil ist direkt aus meiner Forschung eingeflossen, da ich für die wissenschaftliche medizinische Begleitung verantwortlich war.

Ich beschäftige mich vor allem mit arterieller Gefäßsteifigkeit. Die hat einerseits mit dem Alterungsprozess zu tun, andererseits mit der Entstehung von Hypertonie. Ich habe früh gesehen, dass sich die Bluthochdruck-Entstehung bei Frauen und Männern oft unterscheidet – und dass Gefäßsteifigkeit ein wichtiger Parameter ist, gerade bei Frauen.

Hinzu kommt: Veröffentlichungen zeigen, dass das Risiko, kardiovaskuläre Erkrankungen zu bekommen, bei Frauen schon bei niedrigeren Blutdruckwerten steigt als bei Männern. Der Klassiker ist: 120-130/80-85 gilt für alle – das kann so nicht stimmen. Eine Konsequenz ist, Blutdruckwerte stärker zu differenzieren.

**„130 zu 80
gilt für alle –
das kann
nicht sein.“**

**Dr. Ute Seeland, Professorin
für Geschlechtersensible Medizin
an der Otto-von-Guericke-
Universität Magdeburg**

renzieren. Wir wissen sehr genau, dass prämenopausale Frauen eher bei einem Blutdruck von 100 bis 110 mmHg systolisch liegen.

Natürlich sind Herzinfarkt-Symptome beziehungsweise akute Koronarsynndrome ein Klassiker. Aber es gibt verschiedene pathophysiologische Gründe, warum jemand eine Durchblutungsstörung des Herzmuskels bekommt – statistisch oft unterschiedlich zwischen Frauen und Männern. Deshalb unterscheiden sich auch Symptome häufig. Das gilt besonders im prä- und perimenopausalen Bereich und etwas weniger in der Postmenopause. Das ist eine sehr differenzierte Medizin – die muss man lernen, die kann man nicht in drei Zeilen erklären.

Gibt es besondere gesundheitliche Risiken, die bei Frauen oft unterschätzt oder falsch behandelt werden, weil sie sich anders äußern als bei Männern?

Ein großer Bereich ist Pharmakologie – vor allem Nebenwirkungen. Die Dosierungen werden häufig so entwickelt, dass die Wirkung sicher nachweisbar ist. Das Problem: Pharmakokinetik und Pharmakodynamik können sich zwischen den Geschlechtern unterscheiden. Dadurch treten Neben- oder unerwünschte Wirkungen bei Frauen deutlich häufiger auf – das kann bis zum Tod gehen.

Dann gibt es die Herzinfarkt-Problematik: Bei Frauen wird ein

Herzinfarkt eher übersehen, weil Symptome häufiger unspezifisch sind – Magen-Darm-Beschwerden, Müdigkeit, Leistungsabfall, Schmerzen im Kiefer oder Rücken – und nicht als Durchblutungsstörung des Herzmuskels erkannt werden.

Umgekehrt gibt es bei Männern Themen, die unterschätzt werden, weil sie als „typische Frauenerkrankung“ gelten – etwa Osteoporose. Wenn Männer dann eine Fraktur haben, sterben sie häufiger an den Folgen als Frauen. Ähnlich bei Depression: Es heißt oft, Frauen seien eher depressiv oder ängstlich – ein altes Narrativ. Natürlich haben auch viele Männer starke Depressionen, sie äußern sich aber teils anders, etwa über unspezifische Schmerzen, Alkoholismus oder Drogenkonsum.

Bei Frauen werden Autoimmunerkrankungen häufig viel zu spät erkannt – wenn überhaupt. Das Immunsystem unterscheidet sich stark bei Frauen und Männern. Wenn es ins Wanken gerät, sind Symptome bei Frauen oft heterogen, nicht konstant, mal stärker, mal weniger. Das führt dazu, dass Frauen nicht ernst genommen werden – und es gibt dieses Phänomen des „Gaslighting“. Ärztinnen und Ärzte können die Symptome oft nicht einordnen, weil sie nicht so im Lehrbuch stehen. Das gilt auch für viele funktionelle Erkrankungen: In jedem System, Magen-Darm, kardiovaskulär – immer dann, wenn Symptome kommen und gehen –, entsteht Zweifel, auch bei den Betroffenen selbst: „Habe ich mir das eingebildet? Lag es am Essen von gestern?“ Das trifft das Selbstbewusstsein vieler Frauen im Blick auf den eigenen Körper.

Deshalb ist es wichtig, auch das soziokulturelle Geschlecht zu erfassen. Es gibt Frauen, die sehr „männlich“ agieren, und Männer, die sehr „weiblich“ agieren. Ich sage immer: Verhalten ist genauso ein Risikofaktor wie Bluthochdruck. Wie verhalte ich mich, wenn ich etwas spüre? Gehe ich sofort zum Arzt – oder warte

„Ich stelle Prüfungsfragen. Denn Studierende lernen vor allem das, was prüfungsrelevant ist. Dass geschlechtersensible Medizin in Magdeburg voll in die Lehre integriert ist, ist ein echter Durchbruch.“

Dr. Ute Seeland, Professorin für Geschlechtersensible Medizin
an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

ich drei Jahre? Dieses Verhalten erfassen wir über einen Fragebogen zu verschiedenen Kategorien des sogenannten „soziokulturellen“ Geschlechts. Am Ziel sind wir angekommen, wenn wir verstehen, wie biologisches und soziokulturelles Geschlecht bei der Entstehung von Krankheit und dem Erhalt der Gesundheit zusammenwirken.

Die neue Hochschulambulanz in Magdeburg ist deutschlandweit einzigartig. Wie wird dort geschlechtersensible Medizin im Alltag praktisch umgesetzt?

Es läuft grundsätzlich wie in einer normalen Ambulanz: Termine werden über Samedi gebucht. Man bringt Überweisung und Versicherungskarte mit, wird aufgenommen und begrüßt. Dann starten wir mit Fragebögen. Daraus entwickeln beziehungsweise berechnen wir einen geschlechtersensiblen Score, der das soziokulturelle Geschlecht erfasst.

Als Nächstes messen wir die arterielle Gefäßsteifigkeit. Das geht über die klassische Riva-Rocci-Blutdruckmessung hinaus: Es ist ein oszillometrisches Verfahren, das Blutdruck über Gefäßelastizität bestimmt. Damit kann ich sehr genau sagen: Wie ist der Blutdruck, den das Herz „sieht“ – also der zentrale Blutdruck? Peripher am Arm gemessen kann es große Unterschiede und Schwankungen geben. Zusätzlich bekommen wir Informationen über die Elastizität mittlerer, kleiner und großer Arterien. Das ist wichtig für Alters- und Blutdruckforschung – und auch für die Einstellung blutdrucksenkender Medikamente: Senken sie wirklich den zentralen Blutdruck? Und wie?

Dann folgt Ultraschall – Echokardiografie. Ich nehme mir mehr Zeit als üblich, weil ich Parameter messe, die häufiger relevant sind und in der Regel nicht systematisch erhoben werden, zum Beispiel diastolische Relaxationsstörungen, diastolische Herzinsuffizienz. Vieles davon wird von der Krankenversicherung nicht bezahlt – das ist ein riesiges Problem. Wenn nur die Ejektionsfraktion als Messwert bezahlt wird, aber andere Werte aus Zeitgründen nicht, dann macht es kaum jemand – und diese Form der Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion wird übersehen. Das betrifft häufig Frauen in der Postmenopause und im höheren Alter, aber auch Männer. Und es hat viel mit Lebensstil und metabolischem Syndrom zu tun – wir verstehen hier einige Dinge neu.

Mir ist außerdem der Übergang am Herzen wichtig, etwa wie weit im Bereich der Aortenklappe bereits Degeneration vorhanden ist. Viele Menschen laufen mit Herzklappenerkrankungen herum und wissen es nicht. Wir müssen diese Erkrankungen früh erkennen. Deshalb habe ich auch einen „Stethoskop-Tag“ angeboten: Ich habe 95 Herzen abgehört, einige auffällige Geräusche herausgefiltert und anschließend per Echo nachuntersucht. Das Problem ist: Das Stethoskop wird viel zu selten benutzt – und Echo-Plätze gibt es nicht ausreichend.

Als nächstes wird die Körperzusammensetzung erhoben: Muskel-, Wasser- und Fettanteile, plus Handgreifkraft als Bestandteil der Sarkopenie-Diagnostik. Damit kann ich besser abschätzen, wie Medikamente dosiert werden sollten. Ich spre-

che seit mindestens fünf Jahren mit Pharmafirmen über ihre Prozesse zur Entwicklung von Arzneimitteln und Dosisfindung und bitte um Berücksichtigung von Geschlecht bereits bei der Grundlagenforschung, bisher mit sehr mäßigem Erfolg. Meine Konsequenz ist: Ich bilde Ärztinnen und Ärzte aus, damit sie verstehen, wie ein Medikament verstoffwechselt wird, sie die Körperzusammensetzung berücksichtigen und die Möglichkeit haben, die von der Pharmafirma vorgegebene einheitliche Dosierung in den individuellen Zusammenhang einzuordnen und gegebenenfalls unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu verstehen. Das wird dauern, bis sich das flächig etabliert.

Dann schreiben wir ein EKG – ein spezielles, das später auch mit KI ausgewertet werden kann. Es folgt eine Blutentnahme: Wir schauen bestimmte Parameter an, zusätzlich den Sexualhormonstatus. Wir frieren auch Serum ein, unter anderem für Zyklusforschung. Diese Seren können – bei Anfrage – auch gerne von anderen Forschergruppen genutzt werden. Und dann sind wir erst einmal durch.

Sie wollen geschlechtersensible Medizin in der Ausbildung von Medizinstudierenden verankern. Wie müsste ein modernes Curriculum aussehen?

Ich habe in Magdeburg die große Freude, das seit 2024 in die Lehre etablieren zu dürfen. Das ist ein Prozess – man lernt immer dazu. Ich habe sieben Hauptvorlesungen, das ist sehr viel. Dazu gibt es je nach Semester weitere Formate, ein Wahlfach und Vorlesungen über zwei Semester.

Wichtig ist: Der nächste Durchgang ist prüfungsrelevant. Ich bin Teil der Inneren Medizin und stelle Prüfungsfragen. Denn Studierende lernen vor allem das, was prüfungsrelevant ist. Dass geschlechtersensible Medizin in der Lehre damit voll integriert ist, ist ein echter Durchbruch, den ich der Dekanin, dem Prodekan für Lehre und meinen Kolleg:innen der medizinischen Fächer zu verdanken habe.

An der Charité ist die geschlechtersensible Medizin (GSM) im Modellstudiengang Humanmedizin implementiert. Ich erinnere mich noch gut an die Zeit. Wir hatten dort beste Voraussetzungen, weil die gesamte Lehre neu aufgesetzt wurde. In Magdeburg haben wir einen laufenden Regelstudiengang implementiert. Es gibt auch Standorte wie Essen oder Bielefeld, die regelmäßig GSM-Lehre anbieten, meist als Ringvorlesung oder integriert ins Curriculum als Seminare.

Wie reagieren Fachkolleg:innen sowie politische Entscheidungsträger:innen auf Ihre Arbeit? Erleben Sie Offenheit oder Skepsis?

In der Charité habe ich um vieles gekämpft. Hier in Magdeburg erlebe ich mehr Offenheit und Interesse. Magdeburg schätzt die Professur sehr – gute Wissenschaft und stetige Kommunikation auch mit Hilfe der Medien haben zu einem breiteren Verständnis der geschlechtersensiblen Medizin in der Fachwelt, aber auch, besonders wichtig, in der Bevölkerung geführt. Mitte September 2025 war ich Tagungspräsidentin des International Congress of Sex and Gender Medicine der Internationalen Gesellschaft für Geschlechtersensible Medizin. So holte ich die ganze Welt nach Magdeburg. Das brachte enorme Reputation und war ein einzigartig vielfältiges Event bezüglich der Forschungsthemen auf sehr hohem Niveau. Übrigens kom-

men Patientinnen und Patienten aus ganz Deutschland nach Magdeburg in die Hochschulambulanz, um Daten zu spenden und gleichzeitig über ihren Gesundheitszustand informiert zu werden. Ich bin sehr dankbar für die Chance, die Forschung für eine geschlechtersensible und damit gerechtere Medizin voranzubringen zu können.

„Der Mensch ist mehr als Organe.“

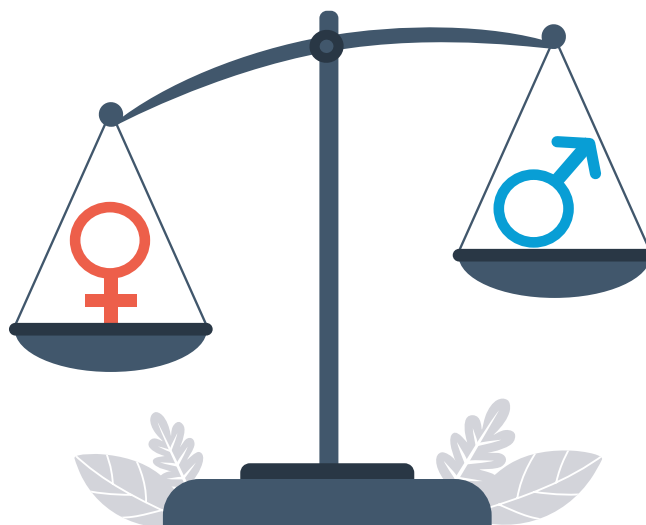
Dr. Ute Seeland, Professorin für Geschlechtersensible Medizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Was ist der Gender Health Gap?

Der Gender Health Gap bezeichnet strukturelle geschlechterspezifische Unterschiede in Gesundheit und medizinischer Versorgung. Demnach unterscheiden sich Krankheiten bei Frauen und Männern mit Blick auf die Entstehung, den Verlauf und die Symptome. Das wirkt sich auch auf die optimale Therapie und die Medikamentendosierung aus. Diese Unterschiede sind jedoch laut dem Deutschen Ärzteblatt (DÄ) oft unzureichend erforscht. Als Folge werden Frauen und Männer nicht immer gleich gut behandelt: So galt etwa jahrzehntlang der männliche Körper als Norm in Forschung und Lehre.

Reale Gesundheitsrisiken

Frauen waren in klinischen Studien unterrepräsentiert, und viele Medikamente wurden vorwiegend an Männern getestet, heißt es in einem Beitrag des DÄ. So entstand auch eine geschlechterspezifische Lücke bei den Daten in medizinischen Studien. Laut Weltwirtschaftsforum verbringen Frauen 25 Prozent mehr Lebensjahre in schlechter Gesundheit als Männer. Die Folge sind reale Gesundheitsrisiken – insbesondere für Frauen, aber auch für Männer, zum Beispiel wenn geschlechterspezifische Symptome bei ihnen übersehen werden, berichtet das DÄ.



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.

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

Abrechnungskorrekturen reichen Sie bitte schriftlich und mit Begründung innerhalb eines Monats nach Ablauf der Abgabefrist (im Sinne des § 4b der Abrechnungsordnung) ein, adressiert an die Abteilung Abrechnung.

Kann ich einen Behandlungsfall aus dem Vorquartal mit der aktuellen Quartalsabrechnung einreichen?

Entsprechend der Abrechnungsordnung der KV Berlin § 4c sind bisher nicht abgerechnete Behandlungsfälle abrechenbar, die in den drei

zurückliegenden Quartalen vor dem jeweiligen Abrechnungsquartal erbracht wurden. Einzelne Leistungen von bereits zur Abrechnung eingereichten Behandlungsfällen können jedoch nicht nachgereicht werden.

Wo finde ich eine Auflistung der abrechenbaren Hybrid-DRG?

Informationen zu den abrechenbaren Hybrid-DRG sowie zu den dazugehörigen Entgelten können Sie der HDRG-Vergütungsvereinbarung sowie deren Anlagen entnehmen.

Kann ich Hybrid-DRG-Leistungen über die KV Berlin abrechnen, die ich vor Abschluss des Abrechnungsvertrages erbracht habe?

Ja. Mit Abschluss des Abrechnungsvertrages beauftragen Sie die KV Berlin mit der Abrechnung von Hybrid-DRG-Leistungen. Dies gilt auch für Leistungen, die vor Abschluss des Abrechnungsvertrages erbracht worden sind. Die Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung gibt allerdings vor, dass eine Hybrid-DRG-Leistung spätestens sechs Monate nach Beendigung zur Abrechnung bei der Krankenkasse eingereicht werden soll.

Reicht es, um die Kriterien für die neue Vorhaltepauschale für Hausärzte zu erfüllen, zum Beispiel bei der Sprechzeit vor 8 Uhr, diese um 7:45 Uhr anzubieten?

Nein, gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses muss die Dauer der Sprechstunde in den genannten Zeitfenstern mindestens 60 Minuten umfassen.

Wie kennzeichne ich einen Abrechnungsschein im Rahmen einer TSVG-Konstellation, wenn ich darauf keine Leistungen abrechnen kann?

Die Kennzeichnung auf dem Behandlungsschein erfolgt mit der GOP 88210 für TSVG-Konstellationen, in denen keine eigenen berechnungsfähigen Leistungen abgerechnet werden können.

KV-SERVICE-CENTER

service-center@kvberlin.de

www.kvberlin.de

030 / 31 003-999

Sprechzeiten:

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

Neu anerkannte Qualitätszirkel

Lfd.-Nr.	Name des Moderators	Fachgruppe des Moderators	Thema	Kontakt
1	Dr. med. Sabine Aign	Innere Medizin	Vernetzte Hausärztinnen und Hausärzte	info@hausarzt-aign.de
2	Dr. med. Gabriela Buerschaper	Anästhesiologie	Palliativmedizin	info@opz-biesdorf.de
3	Dr. med. Kathleen Chaoui	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Allergologie interdisziplinär	aeda-berlin@web.de
4	Cecilia Enriquez de Salamanca	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Arbeitskreis englischsprachiger Ärzte und Psychotherapeuten	praxis.salamanca@posteo.de (030) 29361777
5	Dr. med. Christian Gogoll	Innere Medizin	Postakute Infektionssyndrome (Long Covid und ME/CFS)	gogoll@lungenmvz-weissensee.de
6	Dipl.-Psych. Andreas Koch	Psychologischer Psychotherapeut	Spielräume und Grenzen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei psychotischen Erkrankungen	koch-praxis@t-online.de (030) 8591747
7	Dr. phil. Dipl.-Psych. Margit Lohs	Psychologische Psychotherapeutin	The Missing Manual von Dieter Adler Teil III – Kritische Situationen in der psychotherapeutischen Praxis	praxis@drlohs.de
8	Dr. med. Juliane Lüdke	Urologie	Urologische Onkologie: Diagnostik, Therapieeinleitung und -kontrolle der lokal begrenzten/fortgeschrittenen bösartigen und gutartigen Tumore des Harntraktes	luedke@urologie-5morgen.de (030) 84716533
9	Dipl.-Psych. Julia Michel	Psychologische Psychotherapeutin	Psychotherapie mit Lebensälteren	dipl.psych-michel@gmx.de (030) 53217223
10	Dr. med. Jutta Pliefke	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Reproduktive Gesundheit und Familienplanung: Verhütung, Kinderwunsch, ungeplante Schwangerschaft	jutta.pliefke@profamilia.de (030) 39849898

Anzeige



SIERRA LEONE © Peter Bräunig

SPENDEN SIE ZUVERSICHT IN BANGEN MOMENTEN

Mit Ihrer Spende rettet **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Leben:
Mit **30 Euro** können wir zum Beispiel 75 an Lungen-
entzündung erkrankte Kinder mit Antibiotika und
einem fiebersenkenden Mittel behandeln.

Private Spender*innen ermöglichen unsere unabhängige Hilfe –
jede Spende macht uns stark!



DZI
Spenden-
Siegel
Gegründet & Empfohlen!

Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE 72 3702 0500 0009 7097 00
BIC: BFSWDE33XXX

www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden



MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Träger des Friedensnobelpreises

Sie möchten auch eine
Kleinanzeige schalten?

Schicken Sie uns eine E-Mail
an kvb@koellen.de

oder rufen Sie uns an
unter 0228 / 98982-94.

TERMINE

Freitag, 13. März 2026

Referent: Prof. Dr. med. Matthias Vogel

Vortrag: Individueller Umgang mit Patient:innen in der psychosomatischen Behandlung

20.00 bis 22.15 Uhr, 12 Euro (ermäßigt 8 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

Samstag und Sonntag,
14./15. März 2026

Gruppendynamisches Wochenende (zertifiziert)

- Gruppendynamische Selbsterfahrungsgruppen
- Supervisionsgruppe für psychologische und ärztliche Psychotherapeut:innen
- Analytische Tanztheatergruppe

KV-SERVICE-CENTER

service-center@kvberlin.de

www.kvberlin.de

030 / 31 003-999

Sprechzeiten:

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

INNOVATIV | KREATIV | INDIVIDUELL



Wir machen Einrichtungen bezahlbar.

PRAXISEINRICHTUNGEN & LICHTDESIGN

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

Alles aus einer Hand
Kostenlose Erstberatung

DREI DE Objekteinrichtungen
Praxiseinrichtungen | Praxisdesign
www.praxisdesign-berlin.de

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

- 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. 06.03.2026 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

Freitag, 8. Mai 2026

Referent: Dr. med. Alexander Korte, M.A

Vortrag: Psychodynamische und entwicklungspsychologische Überlegungen zur Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen

20.00 bis 22.15 Uhr, 12 Euro (ermäßigt 8 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

Samstag und Sonntag,
9./10. Mai 2026

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. 30.04.2026 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

Starke Praxis – schwache Außendarstellung?

Professionelle Praxisfotografie

für Facharztpraxen, MVZ & Kliniken • Berlin & Brandenburg
Moderne Außendarstellung @ Website, Social Media, Recruiting, Print

0176 - 969 770 67
foto@bechberger.net
www.jan-bechberger-fotografie.de



Samstag und Sonntag,
20. bis 30. August 2026

GRUPPENDYNAMISCHE FORTBILDUNG IN PAESTUM (SÜDITALIEN)

Selbsterfahrung in Gruppen – tiefenpsychologisch und analytisch „Liebe, Zeiterleben und Friedensfähigkeit“

Leitung: Dr. Dipl.-Psych. Maria Ammon, Dipl.-Psych. Ruth Lautenschläger

Kosten: 660,00 € | 400,00 € PiAs | 330,00 € ermäßigt (nach Rücksprache) | 50,00 € Kinder

Die Anerkennung als Bildungszeit und die Zertifizierung der Selbsterfahrungsgruppen (insges. bis zu 74 Fortbildungspunkte) bei der PTK Berlin sind beantragt.

Deutsche Akademie für Psychoanalyse e.V., Kantstr. 120/121, 10625 Berlin
Weitere Info und Anmeldung:
www.dapberlin.de, Tel.: 030-308 313 30, ausbildung@dapberlin.de

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**

KLEINANZEIGEN

Praxistausch

Biete ganzen oder hälftigen Praxissitz für Psychologische Psychotherapie in Berlin-Charlottenburg zum Tausch gegen ganzen oder hälftigen Praxissitz in München oder Garmisch-Partenkirchen an. Kontakt bitte über die E-Mail: versorgungszentrum@web.de

Praxisabgabe

Allgemeinarztpraxis in guter Lage in Zehlendorf zu Ende 2026 abzugeben. Alternativ früheres Job-Sharing möglich. Helle, barrierefreie Räume mit guter apparativer Ausstattung. Chiffre. 520237



MVZ in Charlottenburg mit 4 ganzen Praxissitzen Psychologischer Psychotherapeut und guter Gewinnstruktur zu verkaufen. Kontakt bitte unter der E-Mail: versorgungszentrum@web.de

MVZ in Potsdam-Mittelmark mit 5 halben Praxissitzen Psychologischer Psychotherapeut und guter Gewinnstruktur zu verkaufen. Kontakt bitte unter der E-Mail: versorgungszentrum@web.de

KV- Sitz Dermatologie mit oder ohne Praxis in Treptow- Köpenick zum 1.1.2027 abzugeben. E-Mail: hautarztberlin@yahoo.com

Freundliche hausärztlich-internistische Praxis in Hellersdorf zum Jahresende 2026 abzugeben. Chiffre 520262

KV-Sitz hausärztlich in Berlin Schöneberg mit halben Versorgungsauftrag abzugeben Tel. 030 55289980

Einzelpraxis für Psychiatrie und Psychotherapie (VT), in Praxis-Gemeinschaft in Berlin-Mitte, zum 01.08.2026 abzugeben. Chiffre 520259

Praxisübernahme

Heller Praxisraum ohne Möbel/zur Selbstgestaltung von Psychotherapeutin (TP/halber Sitz) in Weißensee/PB/Mitte gesucht. Kontakt: biehla20@aol.com

Internist (langjährig erfahren) sucht internistischen KV-Sitz im Bezirk Berlin-Lichtenberg ab 2027/2028. Kontakt/ Rückmeldung gern: innere.lichtenberg@mail.com

Immobilienangebote

Ab 01.01.2027 vermiete ich ein ruhiges, 21,58 qm großes Sprechzimmer mit anteiliger Nutzung von Wartezimmer, Anmeldung, Küche etc. in schöner, zentral gelegener Neurologiepraxis in Berlin-Kreuzberg. Gesucht werden ein(e) Facharzt/-ärztin für Neurologie, Psychiatrie oder anderer Fachrichtungen oder psychologische Psychotherapeuten (mit/ ohne KV-Sitz). Kontakt: praxis.neuro@posteo.de

Immobilien gesucht

Niedergelassener Verhaltenstherapeut sucht ab spätestens Oktober 2026, gerne aber auch früher, einen Praxisraum in **Neukölln** in einer netten Praxisgemeinschaft oder Arztpraxis. Ich freue mich über Ihre Kontaktaufnahme: 0176-93196733 goetzl_wolfgang@gmx.de

Augenheilkunde

Facharzt (w/m/d)

Unser Team sucht motivierte/n Facharzt/in für Augenheilkunde für langfristige gemeinsame Arbeit. Tätigkeiten sind im konservativen und operativen Spektrum möglich.

Unser Angebot:

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

Bewerbung per E-Mail an: bewerbung@augentagesklinik.berlin

Augen-Tagesklinik an der Oberbaumbrücke MVZ GmbH, Warschauer Str. 38, 10243 Berlin



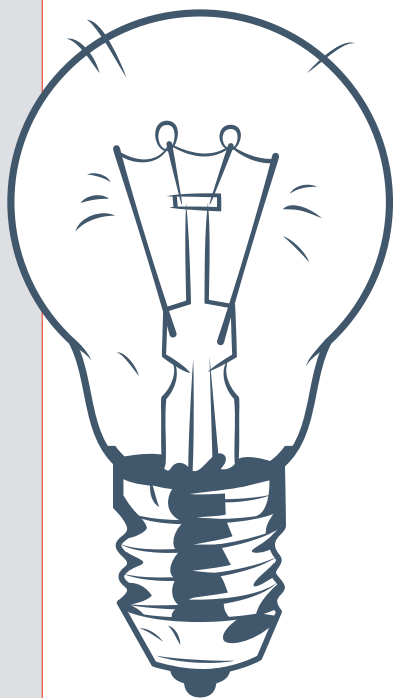
Augen-Tagesklinik
an der Oberbaumbrücke MVZ GmbH
Geschäftsführer und ärztlicher Leiter:
Dipl. Norbert W. Schwarz

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.

Die Anzeigenschaltung erfolgt gegen Gebühr.

Die Inhalte der Anzeigen stellen keine redaktionellen Beiträge der KV Berlin dar.

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 (Kathrin Weiß, Michaela Oswald,
Katharina Schlusche, Sebastian Thomas, Heidi
Wentsch-Trinko), 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:

3/2026 (Mai/Juni): 20.03.2026
4/2026 (Juli/August): 15.05.2026

Meldeschluss Kleinanzeigen/Termine:

3/2026 (Mai/Juni): 09.04.2026
4/2026 (Juli/August): 03.06.2026

Buchungsschluss Anzeigen:

3/2026 (Mai/Juni): 09.04.2026
4/2026 (Juli/August): 03.06.2026

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 gekenn-
zeichnet, 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 /
74. Jahrgang

AUSZUG SEMINAR-PROGRAMM 2026

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	03.03. (Di)	13:00 - 14:30	F11
	21.04. (Di)	13:00 - 14:30	F19
	16.06. (Di)	13:00 - 14:30	F27
GOÄ-Grundlagen – Teil 2/3 » GOÄ-Begriffe GOÄ-Nummern Abschnitt B	05.03. (Do)	13:00 - 14:30	F13
	23.04. (Do)	13:00 - 14:30	F21
	18.06. (Do)	13:00 - 14:30	F28
GOÄ-Grundlagen – Teil 3/3 » GOÄ-Nummern verschiedener Leistungsbereiche	10.03. (Di)	13:00 - 14:30	F15
	28.04. (Di)	13:00 - 14:30	F22
	23.06. (Di)	13:00 - 14:30	F29

WAHLEISTUNGEN & AMBULANTE ABRECHNUNG

04.03. (Mi) 15:30 - 18:30 **F12**

ABRECHNUNG IM MVZ NACH GRUNDLAGEN DER GOÄ

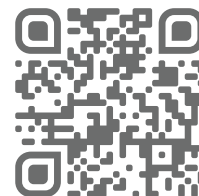
13.03. (Fr) 15:30 - 18:30 **F17**

GOÄ FÜR FACHRICHTUNGEN

Allgemeinmedizin (Hausärzte)	03.06. (Mi)	15:30 - 19:00	F25
Anästhesie	22.04. (Mi)	15:30 - 18:30	F20
HNO-Heilkunde	29.04. (Mi)	15:30 - 18:30	F23
Kardiologie	11.03. (Mi)	15:30 - 18:30	F16
Pädiatrie	24.06. (Mi)	15:30 - 18:30	F30
Psychiatrie, Psycho- therapie und Neurologie	06.03. (Fr)	15:30 - 19:00	F14
Radiologie und Strahlentherapie	12.06. (Fr)	15:30 - 19:00	F26

SOCIAL RECRUITING – HEUTE MITARBEITER FINDEN UND BINDEN

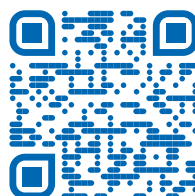
18.03. (Mi) 15:00 - 18:00 **F18**



HIER FINDEN
SIE UNS AUCH!

ANMELDUNG & INFORMATION

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



PVSletter.
IMMER INFORMIERT!

Anmeldung zum Newsletter
unter: **pvs-letter.de**

PATSet

Self-Check-In Terminal für Arztpraxen und MVZ



Mobile Version, auch mit WLAN und Akku möglich, ohne Kabelanschlüsse!!!



SET up Computersysteme GmbH | 15295 Ziltendorf | Gubener Str. 39

Das von uns entwickelte PATSet ist ein Patiententerminal, an dem sich Patienten selbstständig anmelden können. Dadurch entfallen lange Wartezeiten an der Anmeldung. Dabei können die Patienten unter verschiedenen Menüpunkten auswählen, warum sie in der Praxis sind und welche Leistungen sie in Anspruch nehmen möchten. Dann werden sie vom PATSet aufgefordert, ihre eGK (Versichertenkarte) einzulesen. Der Behandlungsfall wird automatisch angelegt und der vorher definierte Bereich in dem entsprechenden Wartezimmer belegt. Die Patienten setzen sich in das Wartezimmer und werden dann z.Bsp. durch ein Patientenaufrufsystem (HITPANEL) aufgerufen.

Nähere Infos unter:

www.medicheckin.de

setup@setupcomputer.de

Rufen Sie uns an: 033653/5977



Stand-Version mit Standfuß oder als Tischversion in 98 verschiedenen Farben/Dekore !!!



Wandversion, auch lieferbar in 98 verschiedenen Farben/Dekore !!!

Auf unserem Stand als Mitaussteller:



- Ruhe-, Belastungs-, Langzeit-EKG
- Mobiles EKG
- Langzeit-Blutdruck
- Spirometrie
- Sonographie



Coupon für ein Glas frisch gepressten Orangensaft aus süßen griechischen Orangen !!!
DMEA Halle 3.2 / Stand E-110 Berlin 21.-23. April 2026

DMEA 21. – 23. April 2026
Messegelände Berlin
Wir sind dabei!

Halle 3.2, Stand E-110