



03/2024 · Mai Juni

# BLATT

Mitgliedermagazin der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin

Laboratoriumsmedizin

## Empfehlungen für die Praxis



Stay@Home – Treat@Home

Projekt erhält  
Gesundheitspreis

Krankenhausreform

BMG legt Referenten-  
entwurf vor

E-Rezept

O-Töne aus  
den Praxen

# GrowthXP

**CGM ALBIS**

Arztinformationssystem

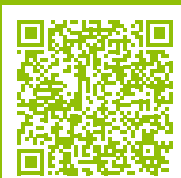

**CompuGroup  
Medical**

## Ihr CGM ALBIS wächst – wachsen Sie mit!

Freuen Sie sich auf GrowthXP: Das neue Modul für Ihre Praxissoftware CGM ALBIS liefert Ihnen eine Bibliothek an Diagrammen zu Wachstum und körperlicher Entwicklung Ihrer Patientinnen und Patienten – von der Geburt über die Pubertät bis ins Erwachsenenalter.

### Die Vorteile von GrowthXP auf einen Blick:

- ✓ Optimale Nutzung auxologischer EHR-Daten zur einfachen Beobachtung von Wachstums-, Gewichts-, BMI- und Pubertätsentwicklung
- ✓ Visualisierung von Veränderungen, Normabweichungen und Krankheitsverläufen
- ✓ Durchführung vielfältiger Berechnungen einschließlich Perzentilen, SD-Scores und Prognose der Körpergröße
- ✓ Genaue und proportionale Darstellung von CDC- und WHO-Wachstumsdiagrammen
- ✓ Einfacher Export in PDF-, PNG- und JPEG-Formate zur Einbindung in Berichte etc.



Kontaktieren Sie uns gerne für eine kostenfreie und unverbindliche Beratung unter: +49 (0) 30 809971-27

[cgm.com/albis-growth-xp](http://cgm.com/albis-growth-xp)

✓ SYMPATHISCH  
✓ FAIR UND ZUVERLÄSSIG  
✓ ERFOLGREICH

DOS GmbH



Seit 1979

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

[info@dos-gmbh.de](mailto:info@dos-gmbh.de), [www.dos-gmbh.de](http://www.dos-gmbh.de)

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

# Den Worten sollten die richtigen Taten folgen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) gibt es „geleakte“, also nicht offizielle Referentenentwürfe, deren Inhalte einem zum Teil die Haare zu Berge stehen lassen. Eigentlich hatten wir erwartet, dass darin endlich die Entbudgetierung der Hausärzte kommt, mit einer Vergütung aller erbrachten Einzelleistungen. Das steht auch so im Koalitionsvertrag und wurde mehrfach vom BMG zugesichert. Sollte nun dort, wo Entbudgetierung draufsteht, nicht auch Entbudgetierung drin sein? Nicht, wenn es nach dem BMG geht: Man führt Mehrausgaben der Kassen ins Feld und konstruiert jährliche Pauschalen, die de facto Mehreinnahmen für die Niedergelassenen begrenzen, wenn nicht sogar verhindern.

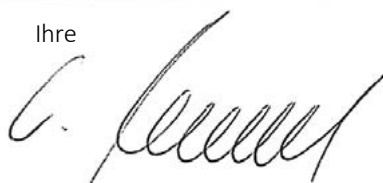
Die Quadratur des Irrsinnigen entsteht schließlich dann, wenn parallel zum GVSG im Rahmen der Krankenhausreform ein Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro eingerichtet werden soll und Hybrid-DRG ins Leben gerufen werden. Das Ziel ist dann die Überführung von Krankenhäusern zu ambulanten Versorgungseinrichtungen. Die finanzielle und strukturelle Stärkung der ambulanten fachärztlichen Regelversorgung taucht hingegen nirgendwo auf. Im Gegenteil: An die Entbudgetierung der Fachärzte wird scheinbar nicht einmal ernsthaft gedacht!

Was tun wir Ärzte dagegen? Die KV gibt Ihnen durch Beschluss der Vertreterversammlung die Möglichkeit, nur so viele Patientinnen und Patienten zu behandeln, wie Sie auch vergütet bekommen. Aber viele Kolleginnen und Kollegen tun sich schwer, das anzunehmen. Und das führt dazu, dass der tatsächliche Zustand der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in unserem Land auch durch uns verschleiert wird. Letztlich unterstützen wir damit die Politik dabei, den Menschen unseres Landes die Wahrheit vorzuenthalten: Nämlich, dass bei einer rapide alternden Gesellschaft und damit einer abnehmenden Zahl von Beitragszahlern, die auch jetzt schon zu über 25 Prozent nur Teilzeitbeiträge zahlen, die bei vielen herrschende Flatrate-Mentalität nicht mehr funktionieren kann.

Unabhängig davon, ob die Gesundheitskioske im GVSG nun kommen oder nicht – so ganz scheint dies ja noch nicht klar zu sein –, können diese ohnehin nicht der einzige Ort sein, um der Bevölkerung etwas zu vermitteln, was im Elternhaus oder in der Schule nicht mehr vermittelt wird: „Gesundheitskompetenz“. Diese muss schon jetzt in den Kitas, an den Schulen und am Arbeitsplatz eine wichtige Rolle einnehmen und die Bevölkerung dahingehend sensibilisieren, dass eine 24/7-Versorgung allerorts nicht das alleinige Mittel sein kann.

Uns stehen weitreichende, disruptive Entwicklungen bevor, denen wir am besten gemeinsam begegnen. Lassen Sie es uns gemeinsam anpacken und seien wir gemeinsam stark!

Ihre



Dr. Christiane Wessel  
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin



Foto: Yves Sucksdorff

**„Wo Entbudgetierung draufsteht, sollte auch Entbudgetierung drin sein!“**

# Inhalt

---



## 8

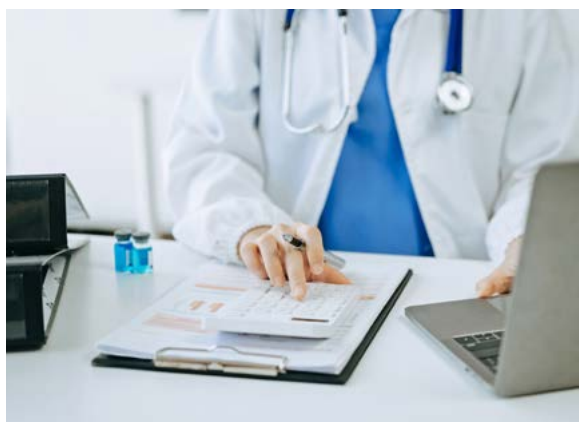
### TI-Pauschale

Überblick zur TI-Pauschale: Was muss nachgewiesen werden? Welche Fristen gibt es? Wo müssen Praxen diese Nachweise erbringen?

## 14

### Hybrid-DRG: Abrechnung jetzt möglich

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich im März auf eine Abrechnungsvereinbarung verständigt. Diese gilt rückwirkend zum 1. Januar.



## 32

### Titelthema Laboratoriumsmedizin

Das KV-Blatt startet eine neue Serie zu den Laborpfaden als Entscheidungshilfe in der Praxis. Teil 1 bilden die Laborpfade zu den Erkrankungen der Schilddrüse.





# 44

## Protestaktionen mit Praxisschließungen

Die Arztnetze der AGBAN planen Aktionstage, um auf die Problematik der drohenden Unterversorgung und Strukturschwächen aufmerksam zu machen.

# 50

## Interview zum Thema Digitalisierung

Doktorand Timo Neunaber berichtet im Gespräch mit dem KV-Blatt über seine Forschung zu Reifegradmodellen in der Praxis. Dieses Messinstrument gibt Auskunft darüber, wie digital eine Praxis bereits ist und was gegebenenfalls noch getan werden muss.



### Aus der KV

- 06 Auf einen Blick
- 08 TI-Pauschale – Fristen, Nachweise und Höhen
- 14 Hybrid-DRG: Abrechnung jetzt möglich
- 18 Meinungen zum E-Rezept
- 22 „Stay@Home – Treat@Home“ erhält Preis

### Politik

- 26 Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz
- 28 Cannabis-Gesetz in Kraft getreten
- 30 Krankenhausreform: Referentenentwurf vorgelegt

### Titel

- 32 Laboratoriumsmedizin

### Für die Praxis

- 42 Sie fragen. Wir antworten!
- 44 Proteste zur Stärkung der ambulanten Versorgung
- 47 Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche
- 48 PVS mit KBV-Vertrag

### Verschiedenes

- 50 Interview zur Digitalisierung in den Praxen

### Kleinanzeigen

- 52 Termine & Anzeigen
- 54 Impressum

# Auf einen Blick



Im März vergangenen Jahres  
wurden mit einer Anzahl von

**6.769**

die meisten Hausbesuche  
pro Monat in 2023 durchgeführt.

Im August mit **5.519**

die wenigsten.



Im Jahr 2023 wurden

**65.432**

telefonische Beratungen  
durch die  
Beratungsärzt:innen  
der KV-Leitstelle  
durchgeführt.



**156**

Sportler:innen sind  
beim diesjährigen Berliner  
Firmenlauf für  
die KV Berlin  
an den Start gegangen.

**10.489**

Mitglieder

hat die

KV Berlin

(nach Köpfen).

(Stand: Bedarfsplan 7/2023)



Zum 1. Juli 2023 hatten

**64 Prozent**

der Männer

einen vollen Versorgungsumfang,

bei den Frauen

waren es

**54 Prozent.**

(Stand: Bedarfsplan 7/2023)



Im Quartal 3/2023

wurde die GOP 01737

(Darmkrebsfrüherkennung)

**13.692-mal**

von insgesamt

**1.126 Praxen**

abgerechnet.

## Telematikinfrastruktur

# Fristen, Nachweise und Höhen der TI-Pauschale

Seit Juli 2023 wird die TI-Pauschale monatlich ausgezahlt. Praxen müssen die vorhandenen TI-Anwendungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin nachweisen. Wird der Nachweis nicht erbracht oder fehlen Anwendungen oder Komponenten, wird die TI-Pauschale reduziert ausgezahlt oder gar gestrichen.

**A**ufgrund zahlreicher Nachfragen seitens der KV-Mitglieder und einer gewissen Unsicherheit, was Praxen tun müssen, um die volle TI-Pauschale ausgezahlt zu bekommen, gibt das KV-Blatt einen Überblick zur TI-Pauschale: Was muss nachgewiesen werden? Welche Fristen gibt es? Wo müssen Praxen diese Nachweise erbringen?

Es gibt unterschiedliche Pauschalen, die sich je nach vorhandenen Anwendungen und nach Praxisgröße unterscheiden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unterteilt die TI-Pauschale in drei „Hauptpauschalen“, die jeweils eine zusätzliche Unterteilung mit 50-prozentiger Reduzierung enthalten. Bitte beachten Sie: Die KV Berlin hat für die Abrechnung der TI-Pauschalen hingegen sechs Gruppen gebildet (Pauschale 1 bis Pauschale 6), die dann entsprechend als P1 bis P6 auf dem Kontoauszug abgebildet werden. Der Grund für diese Entscheidung liegt in der technischen Ausgestaltung im Auszahlungssystem der KV Berlin.

Zum Verständnis der Einordnung der Pauschalen bedeutet dies:

- Die Pauschalen 1 und 2 entsprechen der Pauschale 1 nach KBV
- Die Pauschalen 3 und 4 entsprechen der Pauschale 2 nach KBV
- Die Pauschalen 5 und 6 entsprechen der Pauschale 3 nach KBV

### Die Pauschalen im Überblick

#### → Pauschale 1:

Die Pauschale 1 ist die volle monatliche TI-Pauschale laut § 3 Absatz 3 der Festsetzung des Bundesministeriums für Gesundheit (Tabelle 3). Die Höhe der vollen monatlichen TI-Pauschale hängt von der Praxisgröße am letzten Tag des jeweiligen Monats ab. Maßgeblich ist die Anzahl der Vertragsärzt:innen in der Praxis. Für den Erhalt der vollen monatlichen Pauschale sind folgende Bedingungen zu erfüllen:

- Die Praxis hat noch keine Erstausrüstung erhalten. **oder** Die Erstausrüstung erfolgte vor dem 1. Januar 2021.
- Die Praxis hat noch keine Erstattung für den Konnektortausch erhalten. **oder** Der Konnektortausch erfolgte vor dem 1. Januar 2021.
- Die Praxis hat alle Anwendungen nach § 5 Abs. 1 installiert.

Monatliche TI-Pauschale in Euro 2023:

Praxisgröße	Höhe der Pauschale
bis zu 3 Ärzt:innen	237,78 Euro
4-6 Ärzt:innen	282,78 Euro
7-9 Ärzt:innen	323,90 Euro

Monatliche TI-Pauschale in Euro 2024 (ab Abrechnung Quartal 1/2024)

Praxisgröße	Höhe der Pauschale
bis zu 3 Ärzt:innen	246,93 Euro
4-6 Ärzt:innen	293,67 Euro
7-9 Ärzt:innen	336,37 Euro

Der Nachweis der in § 5 Absatz 1 genannten Fachanwendungen wird über die in der Abrechnungsdatei enthaltenen Informationen aus-gelesen. Für die Fachanwendungen Kommunikation im Medizinwesen (KIM), elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und elektronischer Arztbrief (eArztbrief) ist das Setzen eines Häkchens im Onlineportal erforderlich.

Ab Quartal 4/2023 werden alle Informationen über die Fachanwendungen aus der Abrechnungsdatei ausgelesen, das Setzen der Häkchen wird somit als Nachweis obsolet.



### Pauschale 1: Zuschlag je 3 Ärzte

Bei mehr als neun Vertragsärzten wird die TI-Pauschale 1 je Gruppe von bis zu drei zusätzlichen Vertragsärzten (größer 9 bis kleiner gleich 12, größer 12 bis kleiner gleich 15 et cetera) um 28,60 Euro pro Monat erhöht.

Höhe Zuschlag 2023	323,9 Euro plus 28,60 Euro je Cluster von 3 Ärzt:innen
Höhe Zuschlag 2024	336,37 Euro plus 29,70 Euro je Cluster von 3 Ärzt:innen

#### → Pauschale 2:

Pauschale 2 ist die reduzierte TI-Pauschale bei Fehlen einer Anwendung nach § 3 Absatz 4 der Festsetzung des Bundesministeriums für Gesundheit (Tabelle 4). Wenn eine der in § 5 Absatz 1 genannten Fachanwendungen nicht nachgewiesen werden kann, wird die monatliche Pauschale 1 um 50 Prozent gekürzt. Beim Fehlen zweier Fachanwendungen wird keine TI-Pauschale ausbezahlt.

Monatliche TI-Pauschale in Euro 2023:

Praxisgröße	Höhe der Pauschale
bis zu 3 Ärzt:innen	118,89 Euro
4-6 Ärzt:innen	141,39 Euro
7-9 Ärzt:innen	161,95 Euro

Monatliche TI-Pauschale in Euro 2024 (ab Abrechnung Quartal 1/2024)

Praxisgröße	Höhe der Pauschale
bis zu 3 Ärzt:innen	123,47 Euro
4-6 Ärzt:innen	146,83 Euro
7-9 Ärzt:innen	168,18 Euro

### Pauschale 2: Zuschlag je 3 Ärzte

Bei mehr als neun Vertragsärzt:innen wird die TI-Pauschale 2 je Gruppe von bis zu drei zusätzlichen Vertragsärzt:innen um 14,30 Euro pro Monat erhöht.

Höhe Zuschlag 2023	161,95 Euro plus 14,30 Euro je Cluster von 3 Ärzt:innen
Höhe Zuschlag 2024	168,18 Euro plus 14,85 Euro je Cluster von 3 Ärzt:innen

#### → Pauschale 3:

Pauschale 3 ist die reduzierte TI-Pauschale bei bereits erfolgter Anbindung an die TI nach § 3 Absatz 5 der Festsetzung des Bundesministeriums für Gesundheit (Tabelle 5).

Pauschale 3 wird ausbezahlt, wenn die folgenden Bedingungen zutreffen:

- Die Kostenerstattung für die Erstausrüstung erfolgte nach dem 31. Dezember 2020 und vor dem 1. Juli 2023.
- Die Praxis hat alle Anwendungen installiert.
- Da die Praxen die Kostenerstattung für die Erstausrüstung im Zeitraum bereits erhalten haben, wird die reduzierte Pauschale 3 für 30 Monate nach der Erstausrüstung ausbezahlt. Ab dem 31. Monat erhalten Praxen die voll TI-Pauschale 1.

Monatliche TI-Pauschale in Euro 2023:

Praxisgröße	Höhe der Pauschale
bis zu 3 Ärzt:innen	131,67 Euro

4-6 Ärzt:innen	143,29 Euro
7-9 Ärzt:innen	151,04 Euro

Monatliche TI-Pauschale in Euro 2024 (ab Abrechnung Quartal 1/2024)

Praxisgröße	Höhe der Pauschale
bis zu 3 Ärzt:innen	136,74 Euro
4-6 Ärzt:innen	148,81 Euro
7-9 Ärzt:innen	156,85 Euro

### Pauschale 3: Zuschlag je 3 Ärzte

Bei mehr als neun Vertragsärzten wird die TI-Pauschale 3 je Gruppe von bis zu drei zusätzlichen Vertragsärzt:innen um 14,30 Euro pro Monat erhöht.

Höhe Zuschlag 2023	151,04 Euro plus 14,30 Euro je Cluster von 3 Ärzt:innen
Höhe Zuschlag 2024	156,85 Euro plus 14,85 Euro je Cluster von 3 Ärzt:innen

#### → Pauschale 4:

Pauschale 4 ist die reduzierte TI-Pauschale bei bereits erfolgter Anbindung an die TI und dem Fehlen einer Anwendung nach § 3 Absatz 6 der Festsetzung des Bundesministeriums für Gesundheit (Tabelle 6).

Pauschale 4 wird ausbezahlt, wenn die folgenden Bedingungen zutreffen:

- Die Kostenerstattung für die Erstausrüstung erfolgte nach dem 31. Dezember 2020 und vor dem 1. Juli 2023.
- Eine Fachanwendung konnte nicht nachgewiesen werden.

Monatliche TI-Pauschale in Euro 2023:

Praxisgröße	Höhe der Pauschale
bis zu 3 Ärzt:innen	65,84 Euro
4-6 Ärzt:innen	71,65 Euro
7-9 Ärzt:innen	75,52 Euro

Monatliche TI-Pauschale in Euro 2024 (ab Abrechnung Quartal 1/2024)

Praxisgröße	Höhe der Pauschale
bis zu 3 Ärzt:innen	68,37 Euro
4-6 Ärzt:innen	74,41 Euro
7-9 Ärzt:innen	78,43 Euro

#### Pauschale 4: Zuschlag je 3 Ärzte

Bei mehr als neun Vertragsärzten wird die TI-Pauschale 4 je Gruppe von bis zu drei zusätzlichen Vertragsärzt:innen um 7,15 Euro pro Monat erhöht.

Höhe Zuschlag 2023	75,52 Euro plus 7,15 Euro je Cluster von 3 Ärzt:innen
Höhe Zuschlag 2024	78,43 Euro plus 7,43 Euro je Cluster von 3 Ärzt:innen

#### → Pauschale 5:

Pauschale 5 ist die reduzierte TI-Pauschale aufgrund des bereits erfolgten Konnektortausches nach § 3 Absatz 8 der Festsetzung des Bundesministeriums für Gesundheit (Tabelle 8).

Pauschale 5 wird ausbezahlt, wenn die folgenden Bedingungen zutreffen:

- Die Kostenerstattung für den Konnektortausch erfolgte nach dem 31. Dezember 2020 und vor dem 1. Juli 2023.
- Alle Anwendungen sind installiert.
- Da die Praxen die Kostenerstattung für den Konnektortausch im Zeitraum bereits erhalten haben, wird die reduzierte Pauschale 5 für 30 Monate nach dem erfolgten Konnektortausch ausbezahlt. Ab dem 31. Monat erhalten Praxen die TI-Pauschale 1.

Monatliche TI-Pauschale in Euro 2023:

Praxisgröße	Höhe der Pauschale
bis zu 3 Ärzt:innen	199,45 Euro
4-6 Ärzt:innen	242,78 Euro
7-9 Ärzt:innen	282,23 Euro

Monatliche TI-Pauschale in Euro 2024 (ab Abrechnung Quartal 1/2024)

Praxisgröße	Höhe der Pauschale
bis zu 3 Ärzt:innen	207,13 Euro
4-6 Ärzt:innen	252,13 Euro
7-9 Ärzt:innen	293,10 Euro

#### Pauschale 5: Zuschlag je 3 Ärzte

Bei mehr als neun Vertragsärzten wird die TI-Pauschale 5 je Gruppe von bis zu drei zusätzlichen Vertragsärzten um 28,60 Euro pro Monat erhöht.

Höhe Zuschlag 2023	282,23 Euro plus 28,60 Euro je Cluster von 3 Ärzt:innen
Höhe Zuschlag 2024	293,10 Euro plus 29,70 Euro je Cluster von 3 Ärzt:innen

#### → Pauschale 6:

Pauschale 6 ist die reduzierte TI-Pauschale aufgrund des bereits erfolgten Konnektortausches und dem Fehlen einer Anwendung nach § 3 Absatz 9 der Festsetzung des Bundesministeriums für Gesundheit (Tabelle 9).

Pauschale 6 wird ausbezahlt, wenn die folgenden Bedingungen zutreffen:

- Die Kostenerstattung für den Konnektortausch erfolgte nach dem 31. Dezember 2020 und vor dem 1. Juli 2023.
- Eine Fachanwendung konnte nicht nachgewiesen werden.

Monatliche TI-Pauschale in Euro 2023:

Praxisgröße	Höhe der Pauschale
bis zu 3 Ärzt:innen	99,73 Euro
4-6 Ärzt:innen	121,39 Euro
7-9 Ärzt:innen	141,12 Euro

Monatliche TI-Pauschale in Euro 2024 (ab Abrechnung Quartal 1/2024)

Praxisgröße	Höhe der Pauschale
bis zu 3 Ärzt:innen	103,57 Euro
4-6 Ärzt:innen	126,06 Euro
7-9 Ärzt:innen	146,55 Euro

#### Pauschale 6: Zuschlag je 3 Ärzte

Bei mehr als neun Vertragsärzt:innen wird die TI-Pauschale 6 je Gruppe von bis zu drei zusätzlichen Vertragsärzt:innen um 14,30 Euro pro Monat erhöht.

Höhe Zuschlag 2023	141,12 Euro plus 14,30 Euro je Cluster von 3 Ärzt:innen
Höhe Zuschlag 2024	146,55 Euro plus 14,85 Euro je Cluster von 3 Ärzt:innen

Die KV Berlin plant, Praxen zukünftig zusammen mit dem Honorarfestsetzungsbescheid einen Bescheid zu den TI-Pauschalen zu senden, dem eine Übersicht wie die obige, mit Erklärungen zu den einzelnen TI-Pauschalen, beiliegen soll.

Diese Bescheide werden dann auch die Grundlage für Widersprüche darstellen. Erst wenn die Praxen den Bescheid erhalten haben, können sie gegen die ausgezahlte TI-Pauschale in Widerspruch gehen.

#### Ermittlung der Praxisgröße

Für die Ermittlung der Praxisgröße ist die Praxisgröße am letzten Tag des jeweiligen Monats maßgeblich. Die Zählung erfolgt anhand der in der Praxis vorhandenen Leistungserbringenden. Die Zählung erfolgt auf der Ebene der Hauptbetriebsstätte, eine doppelte Zählung von Leistungserbringern, die an mehreren Standorten tätig sind, wird dadurch ausgeschlossen. Bei der Ermittlung der Praxisgröße werden alle Betriebsstätten und Nebenbetriebsstätten, sowie üBAG und Zweigpraxen berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden ausgelagerte

Anwendung	Feldkennung 0224	Feldkennung 0225	Feldkennung 0226
ePA *	Mind. 4	0	1
ePA 2.0 *	5	2	1
E-Rezept (seit 1. Januar 2024 Pflicht)	Mind. 4+	1	1
NFDM	Mind. 3	3	1
eMP	Mind. 3	4	1
KIM	Mind. 4	5	1
eAU (ab dem 4. Quartal 2023 Pflicht)	Mind. 4	6	1
eArztbrief (seit 1. März 2024 Pflicht)	Mind. 4	7	1

\* Für den Nachweis der elektronischen Patientenakte (ePA) werden derzeit beide Versionen akzeptiert.

Praxisstätten. Leistungserbringende, die gleichzeitig über eine vertragszahnärztliche Zulassung verfügen, rechnen nach den Regelungen der vertragszahnärztlichen Versorgung ab und werden daher bei der Ermittlung der Praxisgröße nicht mitberücksichtigt.

### Nachzuweisende Anwendungen

Folgende Fachanwendungen (§ 5 Absatz 1) müssen Praxen für die volle monatliche Pauschale nachweisen (richtet sich nach BSNR, nicht nach Leistungsort):

- Notfalldatenmanagement (NFDM)
- elektronischer Medikationsplan (eMP)

- elektronische Patientenakte (ePA)
- Kommunikation im Medizinwesen (KIM)
- elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), der Nachweis gegenüber der KV ist ab dem 4. Quartal 2023 zu erbringen
- seit dem 1. Januar 2024: elektronische Verordnungen (E-Rezept)
- seit dem 1. März 2024: elektronischer Arztbrief (eArztbrief)

### Nachweis gegenüber der KV

Grundsätzlich müssen die in § 5 Absatz 1 der Festsetzung des BMG genannten Fachanwendungen von allen Leistungserbringern nachgewiesen werden. Seit dem 4. Quartal 2023 können die Fachanwendungen

über die in der Abrechnungsdatei enthaltenen Informationen ausgelesen werden:

Bitte beachten Sie auch die **Zulassungszeiträume der Produkttypversionen**.

Bis zum 3. Quartal 2023 musste für die Fachanwendungen KIM, eAU und eArztbrief ein Häkchen im Online-Portal gesetzt werden. Durch die verbesserte Datenqualität und -übertragung der PVS kann auf dieses Häkchen ab dem 4. Quartal 2023 verzichtet werden.

**Bitte beachten Sie: Reichen Sie keine schriftlichen Nachweise über die Installation der Fachan-**

The image shows two screenshots from the KV Berlin online portal. The top screenshot is the 'Startseite' (Home page) with a navigation menu and a welcome message. The bottom screenshot is the 'Telematikinfrastruktur' (Telematics Infrastructure) overview page, which displays a table of required applications for the 4th quarter of 2023. The table shows that for EPA, NFDM, and EMP, the 'Abrechnungs-Datei' (Billing File) has been successfully processed for all three months (Monat 1, 2, and 3). A note at the bottom of the table states that for eAU, eArztbrief, and KIM, a checkmark in the online portal was required until the 3rd quarter of 2023, but this is no longer necessary for the 4th quarter of 2023.

Übersicht im Online-Portal der KV Berlin, welche Anwendungen wo nachzuweisen sind.

Fachgruppe	HG	Ausgenommene Anwendungen
FÄ für Anästhesiologie	HG 08	NFDM, eMP, eAU, E-Rezept
FÄ für Humangenetik	HG 16	NFDM, eMP, eAU, E-Rezept
FÄ für Radiologie, FÄ für Radiologische Diagnostik oder FÄ für Diagnostische Radiologie	HG 33	NFDM, eMP, eAU, E-Rezept
FÄ für Laboratoriumsgemeinschaft oder Mikrobiologie	HG 50	NFDM, eMP, eAU, E-Rezept
FÄ für Laboratoriumsmedizin oder Mikrobiologie	HG 51	NFDM, eMP, eAU, E-Rezept
FÄ für Pathologie	HG 52	NFDM, eMP, eAU, E-Rezept
Psychologische Psychotherapeut:innen	HG 61	eAU, E-Rezept
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen	HG 62	eAU, E-Rezept
FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	HG 63	eAU, E-Rezept
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige FÄ	HG 64	eAU, E-Rezept
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Hausärzt:innen	HG 65	eAU, E-Rezept
Gesundheitszentrum für Flüchtlinge, Psychotherapeut:innen	HG 66	eAU, E-Rezept
Mammographie-Screening Ärzt:innen	HG 78	NFDM, eMP, eAU, E-Rezept

**wendungen ein! Das Auslesen der Feldkennung erfolgt automatisch und wird von der KV Berlin bei den Praxen vermerkt.**

**Wichtige Hinweise:**

- überträgt eine Praxis keine Produkttypversion (PTV), erhält sie auch keine Pauschale
- auch ruhende Praxen erhalten weiterhin die Pauschalen
- wenn eine Praxis Vorbehalte gegen die Reduktion beziehungsweise Streichung der Pauschale hat, muss

sie in Widerspruch gehen – eine manuelle Aufhebung der Reduktion/Streichung von Seiten der Honorarabteilung ist nicht möglich

Im Online-Portal können Praxen anhand einer Übersicht sehen, welche Anwendungen sie wo nachweisen müssen. Hier sehen Praxen, welche Fachanwendungen sie im entsprechenden Quartal aus welcher Quelle nachgewiesen haben. Die Abfragemaske gibt so etwas wie einen aktuellen Ist-Zustand an, nach dem auch die Pauschale berechnet wurde.

Die Praxen können sich über ihre BSNR anmelden und dann unter „Praxisinformationen“ den Bereich finden, in dem die Informationen TI-Pauschalen angezeigt werden.

**Ausgenommene Fachgruppen**

Fachgruppen, die bestimmte Fachanwendungen in ihrem Versorgungskontext nicht nutzen, sind von den Anwendungen beziehungsweise der Nachweispflicht befreit (nach § 5 Absatz 4), siehe die Übersichtstabelle oben.

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

**Kontakt Berlin**  
Kurfürstendamm 63  
10707 Berlin  
Telefon (030) 226 336-0  
Telefax (030) 226 336-50  
kanzlei@berlin.busse-miessen.de

RECHTSANWÄLTE







Wir beraten und vertreten Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren unter anderem zu folgenden Themen:

- Niederlassung, Praxiskauf/-abgabe, BAG-/MVZ-Gründung
- Zulassungs- und Ausschreibungsverfahren
- Gestaltung von Gesellschafts- und Kooperationsverträgen sowie von Anstellungsverträgen
- Selektivverträge, ASV
- Honorar, RLV/QZV, Rückforderungen und Regresse
- Qualitäts-, Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Disziplinarverfahren, Berufsrecht
- Individuelles und kollektives Arbeitsrecht
- Gesellschaftsrecht, Grundstücksrecht und Erbrecht
- General- und Vorsorgevollmachten

www.busse-miessen.de

Praxen können für einzelne Quartale manuell von bestimmten Fachanwendungen ausgenommen werden, wenn sie diese aufgrund von unvorhersehbaren beziehungsweise nicht im Verschuldensbereich der Praxis liegenden Umstände nicht installieren konnten.

Die KV Berlin gibt den Praxen so eine Ausnahmemöglichkeit. Betroffene Praxen wenden sich hierzu mit einer kurzen Schilderung des Sachverhaltes und einer Bestätigung des Herstellers an die KV Berlin. Wenn keine Bestätigung des Herstellers mitgesendet wird, kann der Antrag nicht geprüft werden.

**Bitte beachten:** Es handelt sich hierbei um Einzelfallentscheidungen! Nur bei triftigen Gründen, die nicht im Verschuldensbereich der Praxis liegen (zum Beispiel Lieferengpässe, et cetera) können Ausnahmen gemacht werden. Wenn der Antrag positiv bewertet wird, trägt die KV Berlin die Praxis für das jeweilige Quartal in eine Ausnahmeliste ein. Eine Reduktion der Pauschalen wird dadurch im entsprechenden Quartal verhindert.



### Kontakt zur KV Berlin

[www.kvberlin.de/kontakt/das-service-center-der-kv-berlin](http://www.kvberlin.de/kontakt/das-service-center-der-kv-berlin)



### Ausnahmeregelungen

Bei der Fachgruppe der Psychotherapeuten hatte die KV Berlin aufgrund der Problematik bei der Bereitstellung und Installation der Anwendung KIM eine Kulanzlösung geschaffen. Diese Fachgruppe ist vom Nachweis der KIM bis einschließlich Quartal 1/2024 ausgenommen. Diese Ausnahmeregelung galt für das Quartal 3/2023 für alle Fachgruppen.

Eine weitere Ausnahmeregelung betrifft die aktuellste Version der elektronischen Patientenakte (ePA). Das Bundesministerium für Gesundheit teilte im Dezember in einem Schreiben mit, dass Vertragsärzten vorerst

keine Reduzierung der TI-Pauschale droht, sollten sie nicht die aktuellste ePA-Version unterstützen. Eine Reduzierung der TI-Pauschale bei Vorhaltung einer vorherigen ePA-Version findet zunächst entsprechend nicht statt. Wie das BMG erklärt, ist der Nachweis der aktuellen Version erst mit Einführung der ePA 3.0 notwendig, die im Januar 2025 erfolgen soll – dies sehen das im Dezember beschlossene Digital-Gesetz sowie Planungen der gematik vor. Die ePA 3.0 ist eine erweiterte Version der elektronischen Patientenakte, wesentliche Änderung darin wird das Opt-out-Verfahren sein. Dies bedeutet: Widersprechen Patient:innen nicht aktiv gegen die ePA wird automatisch eine elektronische Patientenakte von den Krankenkassen angelegt und im Behandlungskontext von Leistungserbringern befüllt.

Weitere Informationen zu den Anwendungen der Telematikinfrastruktur finden Sie auf der Website der KV Berlin unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) > Für Praxen > Alles für den Praxisalltag > Digitalisierung und IT > Telematikinfrastruktur *bic*

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

## Hybrid-DRG

# Abrechnung jetzt möglich

Seit 1. Januar 2024 gilt die Hybrid-DRG-Verordnung zur Abrechnung nach § 115f SGB V. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich im März auf eine Abrechnungsvereinbarung verständigt. Diese gilt rückwirkend zum 1. Januar.

Die zwischen KBV und GKV-Spitzenverband getroffene Vereinbarung über die Abrechnungsmodalitäten stellt die Grundlage zur Abrechnung bestimmter Eingriffe, die Vertragsärztinnen und -ärzte als Fallpauschalen, genannt Hybrid-DRG, abrechnen können. Die Vereinbarung gilt rückwirkend zum 1. Januar 2024.

Da die Abrechnungsdaten nach der Abrechnungsvereinbarung nur elektronisch übermittelt werden dürfen und das Abrechnungsformat erst 2025 flächendeckend etabliert werden kann, gilt bis dahin eine Übergangslösung. Das neue elek-

tronische Abrechnungsverfahren für die Hybrid-DRG soll spätestens ab 1. Januar 2025 stehen. Bis dahin müssen die Krankenkassen in der Lage sein, die Abrechnungsdaten elektronisch zu verarbeiten und die eingehenden Rechnungen innerhalb von 21 Tagen zu bezahlen.

### Übergangslösung für Abrechnung

Als Übergangslösung erfolgt die Abrechnung in diesem Jahr somit über die normale Quartalsabrechnung. Wie wird abgerechnet? Es gibt für jede Hybrid-DRG eine GOP, die Ärztinnen und Ärzte mit der Quartalsabrechnung angeben. Die GOP stehen mit dem Update für das

2. Quartal 2024 in den Praxisverwaltungssystemen bereit.

Die direkte Abrechnungsmöglichkeit mit den Kassen kann für Ärztinnen und Ärzte durch die KV Berlin übernommen werden. Damit die KV Berlin die Abrechnung übernehmen kann, muss die Ärztin beziehungsweise der Arzt sie beauftragen. Die Beauftragung kann im Rahmen der Digitalisierungsphase online durchgeführt werden. Seit 15. März stellt die KV Berlin das Grouping-Verfahren für die Abrechnung bereit, das bereits zahlreich seitens der KV-Mitglieder genutzt wurde. Das Verfahren ist für die Abrechnung notwendig, da über die Grouper-Software ermittelt wird,

Anzeige

 **MedConsult**  
Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe



#### Praxisverkauf

- Praxiswertermittlung
- Kauf- und Mietvertragsabwicklung
- Vermittlung von Kaufinteressenten
- Unterstützung bei Vertrags-Arztstizzausschreibungen

#### Praxiskauf

- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungen

#### Praxiskooperation

- Job-Sharing-Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

**Burkhardt Otto  
Olaf Steingräber  
Volker Schorling**

**FAB  
Investitionsberatung**

MedConsult  
Wirtschaftsberatung für  
medizinische Berufe OHG

Giesebrechtstraße 6 · 10629 Berlin  
Tel.: 030 2139095 · Fax: 030 2139494  
E-Mail: info@fabmed.de

ob ein Eingriff einer Hybrid-DRG zugewiesen werden kann. Dazu müssen verschiedene Daten zum Eingriff eingegeben werden. Die Daten sind spätestens ab 2025 auch an die Kassen zu übermitteln, die sie für die Abrechnungsprüfung nutzen.

KV-Mitglieder können sich nach wie vor für die Digitalisierungsphase, die noch bis zum 30. Juni kostenlos von der KV Berlin angeboten wird, anmelden. Mitglieder werden gebeten, sich aktiv an der Weiterentwicklung des Grouping-Verfahrens zu beteiligen.

### Wie funktioniert die Abrechnung?

Wie genau funktioniert aber nun die Ermittlung der Daten? Wie werden diese an die KV Berlin übertragen? Dies erläutern wir in einer Schritt-für-Schritt-Anleitung.

### Schritt 1: Gruppierung der Daten zur Ermittlung der Hybrid-DRG

Zunächst muss über einen Grouper festgestellt werden, ob eine Hybrid-DRG-Leistung infrage kommt. Sofern Sie für die Digitalisierungsphase angemeldet sind, loggen Sie sich zunächst im Online-Portal der KV Berlin ein.

Nach erfolgreicher Anmeldung haben Sie im Bereich Grouper folgende Ansicht:

- a. Hier geben Sie bitte die Patientennummer ein, die Sie im PVS-System unter der Feldkennung 3000 vermerken.
- b. Hier geben Sie bitte die Hauptdiagnose ein, die Sie im PVS-System unter der Feldkennung 5009 (Zeile 1) in folgendem Format notieren: #H\_ICD-Schlüssel#  
**Beispiel: #H\_K40.90#**
- c. Hier geben Sie bitte die Prozedur ein, die Sie im PVS-System unter der Feldkennung 5035 in folgendem Format notieren: OPS  
**Beispiel: 5-530.03. L**
- d. Hier können Sie etwaig eine Nebendiagnose hinzutragen, die Sie im PVS-System bitte unter der Feldkennung 5009 (Zeile 2) in folgendem Format notieren: #N ICD-Schlüssel#

Hinweis: Der Basisfallwert und der Pflegeentgeltwert spielen für die Berechnung einer Hybrid-DRG keine Rolle. Diese Werte sind für das Ergebnis einer DRG-Berechnung relevant. Der GKV-Spitzenverband hat sich bereits klar positioniert und erklärt, dass die Kassen Eingriffe nach EBM nicht bezahlen werden, wenn es für sie eine Hybrid-DRG gibt. Wir empfehlen deshalb dem Wortlaut der Verordnung zu § 115f SGB V (Hybrid-DRG) entsprechend für diese Fälle nur Hybrid-DRG (also keine EBM) abzurechnen.



### Anmeldung für die Digitalisierungsphase übers Online-Portal:

Für den Login zum Online-Portal nutzen Sie bitte Ihre LANR plus das entsprechende Passwort. Gehen Sie dann im Menü auf Meldungen / Anträge > Vertragsmanagement > Hybrid-DRG. Stellen Sie sicher, dass Sie in der TI/im sicheren Netz der KVen angemeldet sind.

Durch Klicken auf die Schaltfläche „Gruppierung starten“ wird die Gruppierung durchgeführt. Anschließend erhalten Sie das Ergebnis.



Im Ergebnis sehen Sie durch die Kennzeichnung (Hybrid-DRG), ob es sich um eine entsprechende Hybrid-DRG handelt sowie die damit verbundene Gruppierung.

Beispiel:

Gruppierungsergebnis: G24M (Hybrid-DRG)

### Schritt 2: Ausdrucken des Ergebnisses

The screenshot shows the 'Gruppierungsergebnis' screen with the following details:

- Gruppierungsverfahren:** G-DRG-24 (Hybrid-DRG-Testfall)
- Patientendaten:** Patient-ID optional, Behandlungsdatum: 01.01.2024, Alter: 53, Geschlecht: männlich.
- Diagnosen:** Hauptdiagnose: K40.90.
- Prozeduren:** Prozedur: 5-530.03, Kennzeichen: L, Datum: 01.01.2024.
- Werte:** Basisfallwert: 4.200,00 €, Pflegeentgeltwert: 250,00 €.
- Gruppierungsergebnis:** G24M (Hybrid-DRG).
- Gruppierungstabelle:**

Gruppierung	Kostengewichte
DRG: G24M	Berechnungstage: 1
	Pflegeentgeltbetrag: 377,3 €
	Ergebnisbetrag: 1683,4 €

- e. Speichern Sie sich das erzielte Ergebnis in pdf-Format als etwaig notwendigen Nachweis über die Benutzung eines zertifizierten Groupers.

The screenshot shows the 'Gruppierungslogik' screen with red callout letters:

- a.** Patient-ID (optional) input field.
- b.** Hauptdiagnose input field.
- c.** Prozedur input field.
- c.** Kennzeichen dropdown menu.
- d.** Diagnose hinzufügen button.
- e.** Drucken button.

### Schritt 3: Ermittlung der zugehörigen GOP

(Eine Übersicht der Pseudo-GOP zur Abrechnung der Hybrid-DRG in der Übergangszeit hat die KBV zusammengestellt, siehe [www.kbv.de/html/1150\\_68194.php](http://www.kbv.de/html/1150_68194.php))

Hybrid-DRG	GOP
G09N	83001
G24N	83002
G24M	83003
I20N	83004
I20M	83005
J09N	83006
L17N	83007
L20N	83008
L20M	83009
N05N	83010
N07N	83011
N25N	83012

### Schritt 4: Übertragung der Daten ins PVS

Die ermittelten Daten (GOP, Hauptdiagnose, gegebenenfalls Nebendiagnose, OPS und Patientenummer) geben Sie wie gewohnt in das PVS-System ein. Sollten die unter Schritt 3 aufgeführten GOP noch nicht im PVS eingespielt sein, legen Sie diese bitte an.

Durch die Anmeldung und Übersendung der Abrechnungsziffern zu Hybrid-DRG gilt der Auftrag an die KV Berlin als erteilt. Dieser Service wird Geld kosten. Höhe und Berechnungsmethode werden noch erarbeitet.

Hinweis: Hybrid-DRG-Leistungen dürfen nur einmalig abgerechnet werden. Wir empfehlen daher die Abrechnung durch Haupt-Leistungserbringer.

Eine ausführliche Anleitung zum Ausfüllen des Groupers mit Beispielen finden Sie hier:



### Weitere Eingriffe

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich im März auf weitere Eingriffe für den Hybrid-DRG-Katalog geeinigt. Im kommenden Jahr sollen demnach etwa 100 weitere Eingriffe hinzukommen. Die KV Berlin wird hierzu gesondert informieren, sobald hierzu weitere Details – wie die Höhe der Fallpauschalen – feststehen. *bic*

Anzeige



## Ärztliche Gutachter (m/w/d) auf Honorarbasis ...

...für das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo) gesucht!

Sie verfassen nach Aktenlage ärztliche Stellungnahmen für das Referat „Ärztliche Begutachtung“ im Schwerbehindertenrecht (SGB IX).

**Ihr Profil:**

- Approbation als Arzt (m/w/d)
- wünschenswert wäre eine Facharztanerkennung auf dem Gebiet Allgemeinmedizin/Innere Medizin bzw. ein breites Wissen in den beiden Gebieten

**Wir bieten:**

- eine umfangreiche Einarbeitung in das Rechtsgebiet
- eine kompetente Betreuung mit festen Ansprechpartnern (m/w/d)
- eine attraktive Honorierung

**Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns Sie kennenzulernen. Senden Sie uns bitte Ihre Bewerbung an: [Bewerbungen-Gutachter-extern@lageso.berlin.de](mailto:Bewerbungen-Gutachter-extern@lageso.berlin.de)**





## Die wichtigsten Fakten zu Hybrid-DRG auf einen Blick:

### Können Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) auch über EBM abgerechnet werden?

Nach Aussagen der KBV hat sich der GKV-Spitzenverband bereits klar positioniert und erklärt, dass die Kassen Eingriffe nach EBM nicht bezahlen werden, wenn es für sie eine Hybrid-DRG gibt. Die KV Berlin empfiehlt deshalb dem Wortlaut der Verordnung zu § 115f SGB V (Hybrid-DRG) entsprechend für diese Fälle nur Hybrid-DRG (also keine EBM) abzurechnen.

### Ist der Abrechnungsweg zu Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in allen Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland gleich?

Nein, die KVen arbeiten eigenständig an individuellen Lösungen. Die KV Berlin bietet über das Online-Portal der KV Berlin aktuell die bis zum 30. Juni kostenlose Digitalisierungsphase an.

### Wie und wo melde ich mich für die kostenlose Digitalisierungsphase an, die bis zum 30. Juni 2024 läuft?

Sie können sich im Online-Portal der KV Berlin für die Digitalisierungsphase anmelden.

Für den Login zum Online-Portal nutzen Sie bitte Ihre LANR plus das entsprechende Passwort. Gehen Sie dann im Menü auf Meldungen / Anträge > Vertragsmanagement > Hybrid-DRG. Stellen Sie sicher, dass Sie in der TI/im sicheren Netz der KVen angemeldet sind.

### Muss ich 2024 mit der Übergangsregelung über die KV abrechnen?

Ja, die zwischen KBV und GKV-Spitzenverband getroffene Übergangslösung wird im Rahmen der üblichen Quartalsabrechnung durch die KV Berlin durchgeführt.

### Wie gehe ich vor, um die Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) abzurechnen?

Für die Abrechnung ermitteln Sie zunächst mit Hilfe eines Groupers die anhand der Leistungsmerkmale in Frage kommende Hybrid-DRG. Eine Grouper-Lösung finden Sie im Online-Portal der KV Berlin. Die Hybrid-DRG tragen Sie anschließend mit Hilfe der zugeordneten GOP in das PVS-System ein (siehe Tabelle Seite 16).

### Gilt die Übergangsregelung auch 2025?

Nein, die Übergangsregelung gilt derzeit bis zum 31. Dezember 2024. Ob sie in 2025 fortgeführt wird, ist derzeit noch unklar. Geplant ist, dass die Übergangsregelung 2025 durch ein neues Abrechnungsverfahren ersetzt wird.

### Wozu dient ein Grouper?

Der Grouper dient zur Ermittlung der in Frage kommenden Hybrid-DRG aufgrund der eingegebenen Leistungsmerkmale. Im Ergebnis ermittelt er die abzurechnende Hybrid-DRG.

### Darf ich eine Leistung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) mehrfach abrechnen oder aufteilen?

Nein, eine Hybrid-DRG darf nur einmalig für alle Leistungserbringenden abgerechnet werden. Die Aufteilung ist von den Leistungserbringenden selbst durchzuführen. Informationen über weitere Möglichkeiten folgen über die Kommunikationskanäle der KV Berlin.

### Wer darf Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) abrechnen?

Eine Hybrid-DRG dürfen nur Vertragsärzt:innen, die eine Zulassung zum ambulanten Operieren haben, oder Krankenhäuser abrechnen.



## E-Rezept

# Erfahrungsberichte aus der Praxis

Seit Anfang 2024 ist das E-Rezept verpflichtend. Aus diesem Grund fragte das KV-Blatt bei den KV-Mitgliedern nach, wie sie mit dem E-Rezept zurechtkommen. Das Ergebnis zeigt deutlich: Noch existieren technische Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem E-Rezept. Das führt in der Folge dazu, dass Zeit verloren geht.

Man hat viele Unterbrechungen im Praxisablauf, weil das E-Rezept nicht gut funktioniert. Während der Sprechstunde können E-Rezept und eAU häufig nicht versendet werden, stattdessen erhalten wir diverse Fehlermeldungen. Teilweise benötigt man fünf Anläufe pro Patient, zwar auch weniger Papier, aber bei allen Mitarbeitenden wird es als erhebliche Einschränkung unserer bisherigen Effizienz wahrgenommen. Das führt in der Folge zu weniger Arbeitszufriedenheit. Außerdem gibt es keine Lösung für Hausbesuchspatienten, außer das Rezept auszudrucken.

**Dr. Aline Kahl,**  
Fachärztin für Innere Medizin  
in Lichtenberg

Das E-Rezept ist für mich als Ärztin eine Bereicherung. Unser MVZ hat einen sehr großen Einzugsbereich. Ich kann nun für Patienten, insbesondere mit weiten Anfahrtswegen, einfach und unkompliziert die Rezepte versenden. Das Praxispersonal ist weniger mit dem Postausgang beschäftigt. Außerdem spart das E-Rezept Porto und ist schnell beim Patienten. Leider gibt es jedoch immer wieder Tage, wo es technische Probleme gibt. E-Rezepte können dann nicht erstellt werden. Wenn der Patient dann auf sein E-Rezept wartet und man ihn informieren muss, dass es per Post kommt, ist es ein deutlicher Mehraufwand für das gesamte Team. Umständlich wird es bei verschiedenen Rezepten wie Kassenrezepten, Privatrezepten und BG-Rezepten, die kombiniert für den Patienten ausgestellt werden. Das führt oftmals zu Verwirrungen und Verunsicherung auf Patientenseite, da er sowohl das klassische Papierrezept als auch das E-Rezept bekommt. Im Allgemeinen kann man jedoch sagen, dass das E-Rezept, wenn es für alle Medikamenten- und Patientengruppen umgesetzt ist, ein Zugewinn ist.

**Dr. Stephanie Haarbach,**  
Fachärztin für Dermatologie/Allergologie in Neukölln



In unserer großen Praxis versenden wir seit Dezember vergangenen Jahres E-Rezepte. Wir sind begeistert. Das Ausstellen und Versenden der E-Rezepte funktioniert in 99 Prozent der Fälle. Außerdem spart es Zeit und Kosten, vor allem mit Blick auf den Drucker. Wir können auf telefonische Anfrage Wiederholungsrezepte ausstellen.

**Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Roman Häckl und Andreas Bellon**  
in Wedding



Seitdem das E-Rezept verpflichtend eingeführt worden ist, benutzen wir es in unserer Praxis – wenn die Technik funktioniert. Häufig tut sie das jedoch nicht. Leider dauert die Erstellung eines E-Rezepts länger als die Anfertigung eines herkömmlichen Papierrezepts. Bis jetzt haben wir noch kein einziges Rezept schneller erstellt. An manchen Tagen müssen wir wieder auf das analoge System umsteigen, weil bis mittags die nötige Technik überhaupt nicht funktioniert. Dann klappt das Versenden der E-Rezepte nicht und Patienten kommen zurück, weil sie in der Apotheke nichts einlösen können. In der Folge wird der Arbeitsablauf in meiner Praxis gestört. Ein Vorteil hat das E-Rezept: Wenn man im Eifer des Gefechts die Dosierung auf dem E-Rezept falsch angegeben hat, kann man diese, wenn es schnell auffällt, noch ändern, bevor der Patient die Apotheke erreicht. Dann sind wir jedoch wieder beim Hauptproblem: Wenn die Technik mitspielt. Ich bin ganz ehrlich: Geht es so weiter, dann verzichte ich auf die ein Prozent Honorar und kehre zum alten System zurück.

**Dr. Mehmet Küçükoglu,**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
in Neukölln

Wir sind eine onkologische Schwerpunktpraxis mit mehreren Ärzten. Wir brauchen jeden Wochentag 400 bis 500 Rezepte inklusive Dutzender Betäubungsmittelrezepte. Bereits im Juli 2023 haben wir versucht mit den E-Rezepten zu starten, leider stand diese Funktion in unserem PVS trotz anderslautender Versicherungen nicht zur Verfügung. Nach zahlreichen Updates im vierten Quartal sowie mehreren Einsätzen von IT-Technikern des PVS funktionierte am 2. Januar 2024 das E-Rezept genau anderthalb Stunden. Am Ende stellte sich heraus, dass eine Fehleinstellung des Konnektors für unser Problem verantwortlich war. An sich ist das E-Rezept eine super Sache. In unserem Therapiebereich ordnen wir individuell hergestellte Therapien, die technisch nicht über E-Rezept verordnet werden können. Die antiemetische Begleitmedikation können wir als E-Rezept verordnen, müssten allerdings den Patienten bitten, sich das Medikament in der Apotheke abzuholen. Der Hauptteil der Medikation im Palliativbereich muss angeliefert werden und kann nicht von den Patienten abgeholt werden. Hilfsmittel dürfen nicht über E-Rezept verordnet werden. E-Rezepte können derzeit nur zentral an der Rezeption versendet werden, da dort die E-HBA vorliegen. Alternativ können wir die Kartenlesegeräte auch in unseren Arztzimmern haben, dann können an der Rezeption aber keine Wiederholungsrezepte (oder eAU) ausgestellt werden. Zusammenfassend drucken wir fast alles weiter aus, da wir so deutlich effizienter arbeiten können.

**Dr. Ingo Schwaner,**  
Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und  
Internistische Onkologie in Charlottenburg-Wilmersdorf

Die Installation der erforderlichen Technik ist äußerst kompliziert. Ich benötige neben dem aufwendigen Antrag auf einen elektronischen Arztausweis einen Hardware- und zwei Software-Techniker sowie etwa zwölf verschiedene Passwörter und zwei Monate zur Inbetriebnahme. Im täglichen Praxisbetrieb habe ich an jedem einzelnen Tag technische Probleme. Ein rosa Rezept nach Muster 16 habe ich in zehn bis zwölf Sekunden ausgedruckt, unterschrieben und dem Patienten ausgehändigt. Hingegen benötige ich für ein elektronisches Rezept mit Übertragung an den Server etwa zwei bis drei Minuten. Bei einem Rezept stellt das kein Problem dar, bei täglich 50 bis 70 aber sehr wohl. Außerdem ist die Stornierung fehlerhafter Rezepte ebenso zeitaufwendig. Hinzu kommt, dass die Einführung des E-Rezepts für den beteiligten Arzt sehr teuer ist, zum Beispiel lassen sich Software-Unternehmen jeden Handschlag exorbitant bezahlen. Die versprochene Kostenerstattung durch die Krankenkassen findet kaum statt. Ich kann für mich feststellen, dass die erzwungene Einführung – ist verpflichtend für Ärzte – des elektronischen Rezepts bei der täglichen Arbeit für mich keinerlei praktischen Nutzen hat – im Gegenteil. Mein Fazit zum E-Rezept: kompliziert, fehleranfällig, zeitaufwendig und teuer. Alleiniger Nutznießer sind die Krankenkassen. Verwunderlich ist für mich nur, dass sich das alle Ärzte, Apotheken und Patienten gefallen lassen. Ich kann mir nur wünschen: Weselsky übernehmen Sie.

**Dr. Ulrich Janert,**  
Facharzt für Allgemeinmedizin in Lichtenberg

Das E-Rezept verursacht mehr Zeitaufwand. Je nach Anzahl der Positionen kann das Ausstellen bis zu 50 Sekunden dauern. Der PC ist so lange gesperrt bis der Versandvorgang des E-Rezepts abgeschlossen ist. Insgesamt habe ich also weniger Zeit für Patienten – mitunter 30 Personen am Tag –, da wir keine Überstunden für die Kassen machen. Manchmal kommen einzelne Positionen eines elektronischen Rezepts nicht in der Apotheke an und können nicht einzeln storniert werden. Das bedeutet für mich und mein Team: zusätzliche Rückfragen, Ärger beim Patienten und Mehrarbeit in der Praxis. Sowohl das E-Rezept als auch die eAU dienen meiner Meinung nach nur zur Arbeitserleichterung der Kassen und zur Profilierung einzelner Politiker.

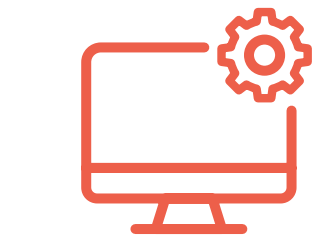
**Dipl.-Med. Hans-Peter Schmidtke,**  
Facharzt für Kinderheilkunde / Praktischer Arzt in Marzahn-Hellersdorf

Die Ausstellung und der Versand des E-Rezepts klappen reibungslos, wenn es sich nur um die Verordnung von Arzneimitteln und auch nur ein Rezept handelt. Sind Hilfsmittel oder Blutzucker-Teststreifen dabei, kommt es zu Verzögerungen, zumal man beide Vorgänge streng voneinander getrennt bearbeiten muss. Sonst stürzt das komplette System ab. An einem Tag kam es sogar zu einem Ausfall der TI-Funktionen, so dass alles – auch AU-Bescheinigungen – ausgedruckt werden mussten. Ein großes Problem gibt es mit den Apotheken bei nicht beziehungsweise schwer lieferbaren Arzneimitteln, zum Beispiel Ozempic, bestimmte Insuline oder mehreren Arzneimitteln. Im ersten Fall werden Rezepte dann oft einfach gelöscht statt abgewiesen, im zweiten Fall kommt es häufig beim Download in der Apotheke dazu, dass Verordnungen sozusagen „verschwinden“. In beiden Fällen kann ich sie im Nachhinein aber nicht mehr stornieren. Die Patienten fordern in der Regel, wie ihnen von den Apotheken mit Hinweis auf meine Pflichten als Ärztin geraten wird, ein zweites E-Rezept ein. Meist führt das oft zu unschönen Diskussionen, da ich ja bereits eine – meist N3 – Packung rezeptiert hatte.

**Dr. Sabine Bickel,**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin/Diabetologie in Pankow

Wir sind eine Gemeinschaftspraxis mit drei Ärztinnen. Leider stellt das E-Rezept keine spürbare Erleichterung unseres Praxisalltags dar, zumindest nicht für uns Ärzte. Erleichternd ist für die MFA, dass das Ausdrucken wegfällt. Dafür müssen sie jedem Patienten erklären, wann und wie die Rezepte abgeholt werden können. Das Rezept ist durch die Nutzung der Stapelfreigabe erst nach Praxischluss freigeschaltet. Das führt zu häufigen Nachfragen. Bei Erstanwendung des E-Rezeptes kommt immer eine Fehlermeldung, jedes Rezept braucht mindestens 10 Sekunden bis das Rezept endlich abgelegt wird. Bei Fehlermeldungen erhöht sich die Wartezeit. Oft kommt der Hinweis, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine E-Rezepte ausgestellt werden können. Alles in allem eine spürbare Verzögerung und Zeitverschwendung ärztlicher Ressourcen.

**Dr. Natascha Brömme,**  
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
in Reinickendorf



Nach einer Eingewöhnung, die an der ein oder anderen Stelle ordentlich geruckelt hat, funktioniert das Ausstellen und der Versand des E-Rezeptes sowie das Abholen der Medikamente reibungslos. Von den Patienten gab es keine kritischen Rückmeldungen, sondern zufriedene Äußerungen und eine deutliche Reduzierung von Briefen via Post. Kritisch zu betrachten ist das Angebot für die E-Rezept-Software. Die Schnittstellen für die Praxissoftware ist uneinheitlich, somit kann oftmals nur ein teurer Anbieter für das E-Rezept genutzt werden. Die Schnittstelle zur Praxissoftware müsste jedoch einheitlich sein, damit die individuell passende preisliche Verordnungssoftware ausgesucht werden kann.

**Dr. Bernd Bergander,**  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Tempelhof-Schöneberg

# Studis aufgepasst!



Bewerbungs-  
schluss:  
30.06.2024



## Das bieten wir

- 5 Stipendien pro Kalenderjahr
- Stipendium über 3 Jahre
- monatlich 1.000 Euro

## Das bringt ihr mit

- Medizinstudium in Berlin oder Brandenburg
- Abschluss des 6. Semesters
- Interesse an hausärztlicher Tätigkeit in Berlin

## Mehr Infos unter



[www.kvberlin.de/  
stipendium](http://www.kvberlin.de/stipendium)

Das Stipendium der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin unterstützt euch finanziell während eures Medizinstudiums. Im Gegenzug verpflichtet ihr euch als Stipendiat:innen, nach Beendigung der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Allgemeinmedizin in einem von der KV Berlin ausgewiesenen Fördergebiet für mindestens drei Jahre niedergelassen oder angestellt hausärztlich tätig zu sein.

## Projekt „Stay@Home – Treat@Home“

# Zuhause behandelt es sich einfach besser

Mit dem Projekt „Stay@Home – Treat@Home“ können Pflegebedürftige zu Hause gesundheitlich überwacht und medizinisch versorgt werden. An der Studie ist auch die KV Berlin beteiligt. Jetzt zeichnete die Robert Bosch Stiftung das Projekt mit dem Gesundheitspreis „Ideas for Impact“ aus.



Foto: Anita Back

Der Bosch Health Campus verleiht den Gesundheitspreis „Ideas for Impact“ an das Projekt „Stay@Home – Treat@Home“ (v. l. n. r.): Prof. Nils Lahmann von der Klinik für Geriatrie und Altersmedizin der Charité, Dr. Ingrid Wüning Tschol, Leiterin des Robert Bosch Centrums für Innovationen im Gesundheitswesen am Bosch Health Campus, Prof. Rajan Somasundaram, Ärztlicher Leiter der Zentralen Notaufnahme der Charité am Campus Benjamin Franklin und Dr. Bernhard Straub, Geschäftsführer der Robert Bosch Stiftung.

Eine pflegebedürftige Person hat akute gesundheitliche Beschwerden. Die zuständige Hausärztin ist nicht im Dienst und ihre Praxis ist geschlossen. Was ist jetzt zu tun? Mit dieser Frage beschäftigen sich die Teilnehmenden des Projekts „Stay@

Home – Treat@Home“. Es steht unter Konsortialführung der Charité. An der Studie ist auch die KV Berlin beteiligt. Das Projekt dauert bis September 2026. Die Grundidee: Die betroffene Person soll in ihren eigenen vier Wänden medizinisch gut versorgt werden. Und zwar mit

einem eng aufeinander abgestimmten Versorgungsnetzwerk aus dem ambulanten und stationären Bereich, unterstützt durch modernste Technologien und Telemedizin. In der Folge sollen Krankenhausaufenthalte verringert und das Gesundheitssystem so entlastet werden.

## Projekt gewinnt Preis

Vor kurzem erhielt das Projekt auch einen Preis: Erstmals verlieh der Bosch Health Campus im Namen der Robert Bosch Stiftung den neuen Gesundheitspreis „Ideas for Impact“. Die Auszeichnung würdigt innovative Versorgungskonzepte und macht soziale Innovationen sichtbar, die eine bessere Gesundheit sowie mehr Lebensqualität versprechen. Außerdem ist der Preis mit 100.000 Euro dotiert. „Das Preisträgerprojekt ist wegweisend und zukunftsfähig“, erklärt Prof. Dr. Mark Dominik Alscher, Geschäftsführer des Bosch Health Campus, die Gründe für die Verleihung des Preises an das Projekt. „Es freut mich sehr, dass die Jury das Potential unseres Versorgungsmodells erkannt und mit dem Preis gewürdigt hat“, sagt Dr. Irmgard Landgraf, Hausärztin und Fachärztin für Innere Medizin. Sie bringt die hausärztliche Perspektive in das Projekt ein und ist für die Rekrutierung und Schulung der Hausärzte zuständig. Die Medizinerin geht davon aus, dass die mit dem Preis verbundene öffentliche Be-

richterstattung Ärzte und Patienten auf das Projekt aufmerksam mache und so helfe sie für die Teilnahme zu gewinnen. „Wir sind außerdem davon überzeugt, dass durch das Projekt Pflegebedürftigen unnötige Krankenhausbehandlungen erspart werden und das Gesundheitssystem entlastet wird.“

Die angesprochene Entlastung ist nötig, denn die Zahl der ambulant gepflegten Personen wächst stetig an. Laut dem Statistischen Bundesamt sind fünf Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Rund vier von fünf Betroffenen werden zu Hause gepflegt. Allein in Berlin wurden 2021 über 185.500 pflegebedürftige Menschen erfasst: Davon wurden 25 Prozent durch ambulante Pflegedienste, 58 Prozent durch Angehörige versorgt. Tritt nun der anfangs beschriebene Fall ein, also ein akuter Behandlungsbedarf, führt dieser häufig zu einer Notfallaufnahme beziehungsweise einer Krankenhauseinweisung. Das kann schwerwiegende Folgen haben: „Ältere Menschen haben ein hohes Risiko, im Krankenhaus gesundheit-

lich Schaden zu nehmen und dort zu versterben“, erklärt Dr. Irmgard Landgraf.

## Telemedizinisches Netzwerk

Dies wäre in vielen Fällen vermeidbar, wenn gesundheitliche Veränderungen der pflegebedürftigen Person frühzeitig erkannt, kommuniziert und gegebenenfalls direkt eine medizinische beziehungsweise pflegerische Einschätzung eingeleitet würde, schreiben die Projektteilnehmenden auf ihrer Internetseite. Dafür müssten die ambulanten Versorgungsstrukturen gestärkt werden, meint Dr. Irmgard Landgraf. Für das Projekt bilden die Teilnehmenden ein telemedizinisches Netzwerk. Es besteht aus medizinisch und pflegerisch versorgenden und teils mobilen Akteuren. In diesem Zusammenhang ist es von großer Bedeutung, „dass im Notfall alle wichtigen Gesundheitsdaten der betroffenen Menschen verfügbar sind, damit unnötige Krankenhauseinweisungen und eine dem Patienten schadende Fehlversorgung vermieden wird“, erklärt Dr. Irmgard Landgraf.

Anzeige

## IT-SICHERHEIT IN ARZTPRAXEN

### Cyberkriminalität vorbeugen

Das Thema IT-Sicherheit ist in Zeiten von Hackerangriffen, Viren und Trojanern ebenso wichtig wie kompliziert.

Wir unterstützen Sie aktiv bei der Vorbeugung, damit Cyberkriminalität in Ihrer Praxis gar nicht erst eine Chance hat.

Vereinbaren Sie jetzt Ihren unverbindlichen Beratungstermin.



Arztinformationssystem



CGMCDW-2692\_TUR\_0324\_LBR

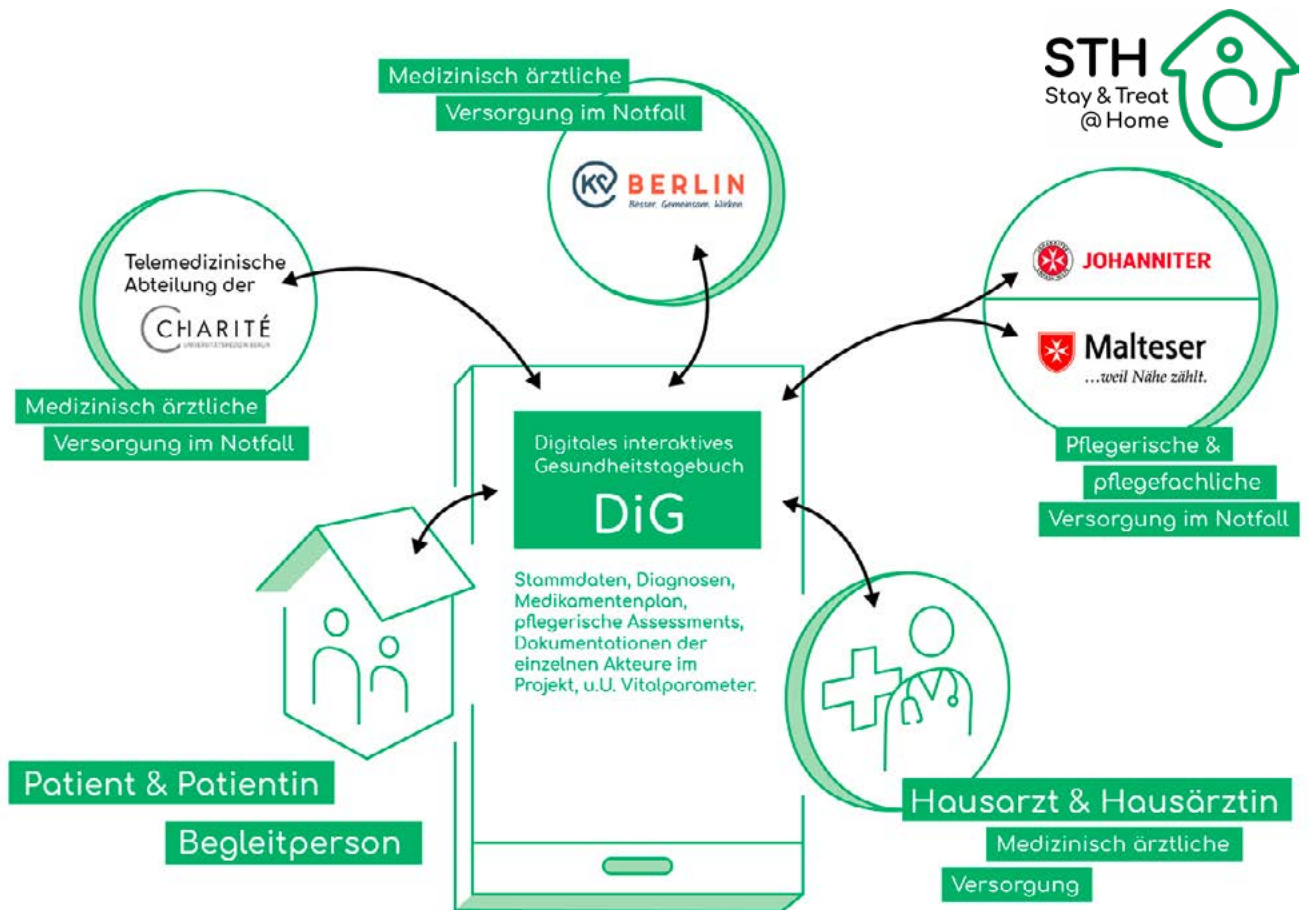


IT in der Medizin

**IHR PARTNER IN BERLIN UND BRANDENBURG**

**TURBOMED Berlin GmbH** | Germaniast. 18-20, Haus C | 12099 Berlin  
 T +49 (0) 30 85128-48 | F +49 (0) 30 627267-32  
 info@turbomed.berlin | [www.turbomed.berlin](http://www.turbomed.berlin)





Grafik: Bittesehr GmbH

Damit dann auch alle Beteiligten den exakt gleichen Kenntnisstand über die pflegebedürftige Person haben, existiert ein sogenanntes digitales interaktives Gesundheitstagebuch (DiG). Dieses Dokument enthält alle Notfalldaten der betroffenen Person, wie unter anderem den aktuellsten Medikationsplan, Diagnosen sowie pflegerische Assessments. Basis für alle Daten ist die Kommunikation zwischen Hausarzt und Patienten. In das DiG können Angehörige eines

pflegebedürftigen Menschen oder der Betroffene auch selbst Informationen einstellen, wie zum Beispiel den Blutdruck. So kann der Hausarzt beziehungsweise die Hausärztin bereits aus der Ferne aktiv werden, falls er oder sie darin ein gesundheitliches Problem erkennt. Im Notfall greift das Netzwerk.

Konkret sieht das so aus: Die Person oder ihr Angehöriger ruft in der Leitstelle des Ärztlichen Bereitschafts-

diensts (ÄBD) der KV Berlin an. „Die KV Berlin übernimmt die Rolle einer Versorgerin in dem Innovationsfondsprojekt“, erklärt Christian Gibson, Senior Referent in der Abteilung Terminservicestelle und Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes bei der KV Berlin. „In den sprechstundenfreien Zeiten der zuständigen Hausärzte können die pflegeempfangenden Personen, die an dem Projekt teilnehmen, über eine Sonderrufnummer die neue Versorgungsform kontaktieren“, ergänzt er. Durch die Leitstelle der KV Berlin werde die telefonische Erreichbarkeit sichergestellt. Dort erfolge eine medizinische Ersteinschätzung der Beschwerden. „Die Anrufer werden dann an die Beratungsärzte der KV Berlin weitergeleitet“, sagt Christian Gibson. „Sollte das Beratungsgespräch nicht ausreichend sein, wird der fahrende Ärztliche Bereitschaftsdienst zum Patienten gesandt. Bei fachpflegerischen Bedarfen informiert unsere Leitstelle die Hilfsorganisationen –

Anzeige

IHRE PRAXIS AUF ERFOLGSKURS BRINGEN



Chancen:

- KV Abrechnung
- Selbstzahler Leistungen
- Einstieg in HZV
- Praxissitzvermittlung

www.doc-cashflow.de    0157/55560648    home@doc-cashflow.de



## Projektaufbau

1.500 pflegebedürftige Personen in Berlin sind in das Projekt eingebunden. Der Projektzeitraum dauert von Oktober 2022 bis September 2026. Laut Informationen auf der Website des Projekts untersuchen die Projektpartner während dieser Zeit, wie sich die neue Versorgungsstruktur auf die Zahl von Notfalleinsätzen, Krankenhausbehandlungen, Behandlungskosten und Lebensqualität auswirkt. Der G-BA Innovationsfonds fördert die Studie mit ungefähr neun Millionen Euro.

Johanniter, Malteser –, die ebenfalls als Konsortialpartner an dem Projekt mitwirken.“

### Hausärzte sind gefragt

Ein Malteser-Mitarbeitender fährt dann zu der pflegebedürftigen Person, um die Situation vor Ort zu klären. Die Einsatzkraft begutachtet die betroffene Person und hält Rücksprache mit dem telemedizinischen Dienst der Charité. Ab dem Zeitpunkt, wo eine pflegerische Maßnahme, wie das Legen eines Tropfs oder das Verabreichen von Medikamenten, benötigt wird, kommt der nächste Akteur ins Spiel: die Johanniter. Wie der Malteser-Mitarbeitende steht auch die Johanniter-Pflegefachkraft per telemedizinischer Anbindung oder telefonisch im ständigen Kontakt mit dem Arzt in der Charité. Darüber hinaus kann die Pflegekraft

die Notizen im DiG einsehen und seinen Einsatz anschließend in dem Buch auch dokumentieren.

Gefragt nach dem aktuellen Stand des Projekts antwortet Christian Gibson: „Im Augenblick werden die Schulungsvorbereitungen für das Leitstellenpersonal sowie die Bereitschaftsärzte der KV Berlin finalisiert.“ Zudem werden derzeit alle technischen Voraussetzungen abgeschlossen, wie unter anderem die Aktivierung der Sonderrufnummern, Einrichtung der im Fahrdienst zur Anwendung kommenden Tablets. Außerdem beteilige sich die KV Berlin an der Rekrutierung von Hausärzten, die an dem Projekt teilnehmen und Patienten einschreiben wollen. „Die KV Berlin soll eine Anlaufstelle für am Projekt interessierte Hausärzte sein“, sagt er abschließend. Mehr Informationen zu „Stay@

Home – Treat@Home“ sind auf der Internetseite [www.sth-berlin.org](http://www.sth-berlin.org) abrufbar. Darüber hinaus zeigt ein Video auf der Website, für das auch in der Leitstelle der KV Berlin gedreht wurde, anschaulich wie das Zusammenspiel der einzelnen Projektpartner funktioniert. *set*



### Interessierte Hausärzt:innen gesucht

Für das Projekt suchen die Studienteilnehmenden ab sofort interessierte Hausärzte, die sich und ihre pflegebedürftigen Patienten in das Programm einschreiben. Mehr Informationen sind unter dem QR-Code einsehbar.



Anzeige





# DIABETES. UMWELT. LEBEN.

## Perspektiven aus allen Blickwinkeln

**Diabetes Kongress 2024**  
08. – 11. Mai 2024, CityCube Berlin  
[www.diabeteskongress.de](http://www.diabeteskongress.de)

SPANNENDE  
WORKSHOPS  
& PODIUMS-  
DISKUSSIONEN

## Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz

### Schlag auf Schlag

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) legte in kurzen Abständen zwei verschiedene Entwürfe zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vor: Ende März veröffentlichte das BMG den ersten, Mitte April – kurz vor Druck dieser Ausgabe – den zweiten Entwurf. Dieser ist auf Montag, 8. April, datiert und liegt den einzelnen Fachverbänden vor. Sie alle hatten bis zum 30. April Zeit den zweiten Referentenentwurf zu kommentieren. Dadurch hatte es auch, anders als vorher von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angekündigt, keinen Kabinettsbeschluss zum GVSG am 24. April gegeben.

Der Unterschied zwischen beiden Entwürfen des GVSG ist groß: Das zweite Dokument zum GVSG ist deutlich dünner. So etwas wie Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen sowie geförderte Medizinstudienplätze und Primärversorgungszentren sucht man in dem neuen Entwurf vergebens – diese Maßnahmen sind ersatzlos gestrichen. In der Vergangenheit betonte

Karl Lauterbach immer wieder, wie wichtig ihm die Kioske sind. Sie sollten flächendeckend zum Einsatz kommen und eine niedrigschwellige Beratung für Menschen in sozial schwachen Stadtteilen oder Landstrichen anbieten. Ob sie nun noch einmal im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens eine Rolle spielen und in der parlamentarischen Beratung verhandelt werden, bleibt abzuwarten.

Was hingegen bleibt sind unter anderem die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen, Vorhaltpauschalen für Hausärzte und eine jährliche, anstelle einer quartalsweisen, Versorgungspauschale für chronisch kranke Patientinnen und Patienten. Die Entbudgetierung hausärztlicher Leistung erfolgt entsprechend der Regelungen, die bereits für die Kinder- und Jugendmedizin getroffen wurden. Kritiker sehen in dem neuen Entwurf zentrale Hindernisse auf dem Weg zur tatsächlichen Entbudgetierung. Der Gesetzgeber gebe zwar vor, gesonderte Mittel

bereitzustellen. Da er jedoch beantrage, die Kriterien der Pauschalen zu bestimmen, verfüge er mittelbar auch über die potentiell abrechenbare Vergütung. Er könne durch entsprechend hohe Anforderungen an die Leistungserbringung den Kreis der Ärztinnen und Ärzte minimieren und mithin auch die potentiell abrechenbare Vergütung. Daher fordern zahlreiche Kritiker, die Anpassung der Vergütungs- und damit auch Anreizsystematik den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung zu überlassen. Nur die Betroffenen, Kassenärztliche Vereinigungen und Gesetzliche Krankenversicherungen, könnten mithilfe von Vergütungsanpassungen sachgerechte Lösungsansätze für gesellschaftliche Entwicklungen schaffen.

Ebenso bleibt ein weiteres Kernziel des Gesetzes enthalten: Die „Gesundheitsversorgung in den Kommunen zu stärken“. Um das zu erreichen sollen die Gründungen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch die Kommunen erleichtert werden. Eine Entlastung soll es auch bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen geben: Die Beantragung einer Prüfung erfolgt erst ab 300 Euro. Darüber hinaus fiel eine weitere Sache nicht aus dem Gesetzesentwurf: der sogenannte Bonus für hausarztzentrierte Versorgung (HZV). Gemeint ist eine Vergütung für GKV-Versicherte in Höhe von mindestens 30 Euro, wenn sie an der HZV teilnehmen. Schließlich bleibt die Bildung einer neuen Bedarfsplanungsgruppe für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im neuen Entwurf weiterhin bestehen. Weiterhin ist ebenso die Regelung enthalten, dass Homöopathie Kassenleistung bleibt.

Über weitere Entwicklungen des GVSG wird die KV Berlin zu gegebener Zeit informieren. *set*

## Meldung

### KBV-Vertreterversammlung am 1. März

Bei der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 1. März hat der KBV-Vorstand mehr Verlässlichkeit von der Politik gefordert. Es bedarf klarer Entscheidungen statt ständiger Ankündigungen. Dr. Andreas Gassen, KBV-Vorstandsvorsitzender, machte auf die längst versprochenen Schritte wie die Entbudgetierung bei den Hausärzten oder die Abschaffung von Sanktionen gegen Praxen aufmerksam. Bei den Plänen der Ambulantisierung kritisierte der KBV-Chef den deutlich zu klein ausgefallenen Startkatalog und die ungleichen Bedingungen für Krankenhäuser und Niedergelassene. Bei der hausärztlichen Entbudgetierung warf KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister dem BMG eine Hinhaltetaktik vor. Es gebe aus KBV-Sicht keinen Grund, die Entbudgetierung nicht endlich umzusetzen. KBV-Vorstandsmitglied Dr. Sibylle Steiner sagte, dass im Bereich der Digitalisierung gesetzliche Garantien notwendig seien, dass Anwendungen zunächst Funktionsfähigkeit und Praxistauglichkeit nachzuweisen hätten, bevor sie in die Versorgung kommen.

## Medizinische Fachangestellte

# Einigung bei Tarifverhandlungen

Bei den Tarifverhandlungen für Medizinische Fachangestellte (MFA) konnten sich der Verband medizinischer Fachberufe e. V. und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA) im Februar auf ein Ergebnis einigen.

Nach langen Verhandlungen, die bereits im Herbst vergangenen Jahres gestartet waren, und einem Warnstreik der MFA zu Beginn dieses Jahres, wurde das Ergebnis in der vierten Runde erzielt. Geeinigt wurde sich auf eine Gehaltssteigerung über alle Tarifgruppen zum 1. März 2024 um 7,4 Prozent. Die Vergütung in der Ausbildung erhöht sich ebenfalls ab 1. März 2024. Im ersten Ausbildungsjahr steigt der Verdienst von 920 Euro auf 965 Euro, im zweiten Ausbildungsjahr von 995 Euro auf 1.045 Euro und im dritten Ausbildungsjahr von 1.075 Euro auf 1.130.

Zudem konnte sich auf eine einmalige Inflationsausgleichsprämie geeinigt werden: Auszubildende und Vollzeitbeschäftigte erhalten eine Prämie in Höhe von 500 Euro. Bei Teilzeitbeschäftigten richtet sich die Höhe der Prämie nach der vertraglich festgelegten Arbeitszeit.

Hannelore König, Präsidentin des Verbands medizinischer Fachberufe e. V., äußerte sich in der verbandseigenen Pressemitteilung zum Ergebnis: „Gestärkt durch mehr als 1.000 Medizinische Fachangestellte bei den Kundengruppen und weitere Tausend, die sich an dem bundesweiten Warnstreik beteiligt haben, sind wir in die vierte Tarifrunde gegangen. Beide Seiten mussten sich bewegen, um einen tragfähigen Kompromiss zu finden. Es ist uns gelungen, die Gehälter beim Berufseinstieg deutlich zu verbessern, um nicht immer mehr junge Kolleginnen und Kollegen zu verlieren. Das Einstiegsgehalt erhöht sich zum

1. März 2024 auf 2.700 Euro, so dass sich der Stundenlohn von 13,22 Euro auf 16,17 Euro erhöht. Mit diesem Abschluss steigen aber auch die Gehälter der erfahrenden Berufsangehörigen und fangen damit einen Teil der gestiegenen Kosten auf. Weiterhin gilt, dass sich Fortbildungen und die Übernahme von mehr Verantwortung für Medizinische Fachangestellte lohnt, denn der Gehaltstarifvertrag mit den sechs Tätigkeitsgruppen bietet viele Möglichkeiten zur Höhergruppierung und damit für faire Gehälter.“

Die Laufzeit des Tarifvertrags beträgt zehn Monate. Bereits zum Ende dieses Jahres beginnt die nächste Tarifrunde.

*bic*

Die komplette Pressemitteilung zum Thema lesen Sie beim Verband medizinischer Fachberufe e. V. (siehe QR-Code).



## Organspende: Online-Register gestartet

Seit Mitte März ist das Organspenderegister digital erreichbar. Eine Eintragung zur Entscheidung für oder gegen eine Organspende ist freiwillig und kostenfrei.

In der seit Mitte März verfügbaren elektronischen Datenbank kann die individuelle Entscheidung für oder gegen eine Organ- oder Gewebespende digital dokumentiert werden. Möglich ist dies ab dem Alter von 16 Jahren. Die Einträge im Online-Register können jederzeit geändert oder gelöscht werden. Die Möglichkeit, die individuelle Erklärung zur Organspende im Online-Register einzutragen, stellt die erste Stufe der Inbetriebnahme des Organspenderegisters dar. Im nächsten Schritt sollen ab Juli dieses Jahres die

Entnahmekrankenhäuser angeschlossen werden, sodass diese die Erklärungen aus dem Register abrufen können.

Das Bundesministerium für Gesundheit erhofft sich durch das Organspenderegister insbesondere eine Steigerung der Organspenden.

Laut dem Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende, das im März 2022 in Kraft getreten ist, sollen Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten regelmäßig darauf hinweisen, dass diese mit Vollendung des 16. Lebensjahres eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgeben, ändern und widerrufen können und mit Vollendung des 14. Lebensjahres

einer Organ- und Gewebespende widersprechen können.

Bei Bedarf soll eine ergebnisoffene Beratung über die Organ- und Gewebespende insbesondere zu folgenden Punkten erfolgen:

- Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende
- Voraussetzungen für eine Organ- und Gewebeernte bei toten Spenderinnen und Spendern
- Bedeutung der Organ- und Gewebeübertragung
- Möglichkeit, eine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende im Organspenderegister abzugeben
- Hinweis, dass es keine Verpflichtung gibt, eine Entscheidung zu treffen und zu dokumentieren

*bic*

## Drogen- und Suchtpolitik

# Umstrittenes Cannabis-Gesetz erhitzt die Gemüter

Nach zähem Ringen in Bundestag und Bundesrat trat am 1. April das neue Cannabis-Gesetz in Kraft. Somit ist der Konsum von Cannabis in Deutschland seit fast einem Monat straffrei. Anders als andere Gesetze verlief die Einführung in ein neues Kapitel deutscher Drogenpolitik alles andere als störungsfrei.



*In sogenannten Anbauvereinigungen bauen Mitglieder zukünftig gemeinsam Cannabis an und geben es untereinander weiter. Jedes Mitglied über 21 Jahre kann 50 Gramm pro Monat erhalten.*

Für die einen ist es ein Meilenstein deutscher Geschichte, für die anderen ein fataler Fehler: das Cannabis-Gesetz. Nachdem zuvor der Bundestag der teilweisen Legalisierung von Cannabis mit Stimmen von SPD, Grünen, FDP und Linken zustimmte, folgte Ende März der Bundesrat. Sowohl im Parlament als auch in der Länderkammer kam es zu kontroversen Diskussionen, selbst Abgeordnete der Kanzler-Partei SPD kritisierten das Gesetz, im Bundesrat stimmte sogar das SPD-geführte Saarland für eine Überweisung in den Vermittlungsausschuss. Am Ende

gab es keine Mehrheit das Gesetz in genannten Ausschuss mit dem Parlament zu schicken und es so vorerst auszubremsen.

### Erleichterungen für Länder

Bis zuletzt versuchte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ein Verzögern des Gesetzes zu verhindern – mit Erfolg. Laut übereinstimmenden Medienberichten verschickte er zwei Tage vor der Abstimmung im Bundesrat eine sogenannte Protokollerklärung. Darin sicherte Karl Lauterbach den

Ländern mehrere Millionen Euro pro Jahr für die Prävention und Aufklärung zu. Diese Angebote sind von großer Wichtigkeit für den Kinder- und Jugendschutz. Außerdem sollen Cannabis-Anbauvereine nicht mehr jährlich, sondern regelmäßig durch die Länder kontrolliert werden. Hingegen hielt der Bundesgesundheitsminister an der im Gesetz verankerten Amnestieregelung fest: Für noch nicht vollstreckte Strafen gibt es einen Straferlass und eingetragene Verurteilungen sollen aus dem Bundeszentralregister gelöscht werden. Der Gedanke dahinter: Niemand soll für ein Verhalten bestraft werden, das nach neuem Recht legal ist. „Durch Legalisierung fallen jährlich Zehntausende Konsumdelikte Cannabis weg. Die Gerichte werden entlastet“, schrieb Karl Lauterbach auf der Plattform X (vormals Twitter). Bei Einführung sei Amnestie zwar eine Belastung, aber verschieben bringe seiner Meinung nach nichts, die Arbeit bleibe gleich.

Die Länder jedoch hielten gerade diese Regelung für den 1. April für zu kurzfristig. Der Bundesrat hätte das Gesetz nicht mehr stoppen können. Eine Überweisung in den Vermittlungsausschuss wäre aber sehr wohl möglich gewesen. Zwar handelt es sich bei dem Vorhaben um kein zu-

stimmungspflichtiges Gesetz, denn es verändert weder die deutsche Verfassung, noch betrifft es die Finanzen der einzelnen Bundesländer. Dennoch hätte der Ausschuss angerufen werden können. Dort, so hatten im Vorfeld bereits unionsgeführte Bundesländer, allen voran der Freistaat Bayern, angekündigt, das Gesetz für sehr lange Zeit hinauszuzögern – mindestens bis zur nächsten Bundestagswahl. Es kam anders: Das Cannabis-Gesetz erhielt zwar keine große Zustimmung, doch den Vermittlungsausschuss wollten die anwesenden Länderchefs ebenso nicht bemühen. Damit passierte das Cannabis-Gesetz den Bundesrat.

### Kontrollierte Freigabe

Bereits Ende Februar beschloss der Bundestag in einer namentlichen Abstimmung die kontrollierte Freigabe von Cannabis in Deutschland. Durch das Gesetz wurden ab dem 1. April Besitz und Anbau von Cannabis für Volljährige – mit zahlreichen Vorgaben – zum Eigenkonsum legal. Grundsätzlich können Erwachsene 25 Gramm Cannabis zum Eigenkonsum in der Öffentlichkeit bei sich tragen. In den eigenen vier Wänden sind pro Person drei lebende Cannabis-Pflanzen erlaubt und bis zu 50 Gramm der Droge zum Eigenkonsum. Ein absolutes Verbot besteht für Kinder und Jugendliche. Generell müssen die Pflanzen vor Minderjährigen geschützt aufbewahrt werden. Das BMG schreibt hierzu auf seiner Website von „abschließbaren Schränken oder Räumen“, in denen die Pflanzen aufbewahrt werden müssen. Das Gleiche gilt für geerntetes Cannabis.

Um an Samen und Stecklinge zu gelangen, dürfen sogenannte Anbauvereinigungen dergleichen weitergeben – sowohl an Mitglieder, wie Nicht-Mitglieder. Das Cannabis-Gesetz ermöglicht den Anbauvereinigungen ebenso den gemeinschaftlichen nicht kommerziellen Eigenanbau. Im Einzelnen sind bis zu 500 volljährige Mitglieder mit Wohn-

sitz im Inland erlaubt. Je Mitglied sind 50 Gramm im Monat erlaubt. Mitglieder unter 21 Jahre dürfen höchstens 30 Gramm pro Monat erhalten und das mit einem maximalen Gehalt von zehn Prozent der psychoaktiven Substanz Tetrahydrocannabinol, auch besser bekannt als THC.

### Mediziner enttäuscht

Doch der Konsum von Cannabis hat auch Grenzen, nämlich 100 Meter um Schulen, Kinder- und Jugendeinrichtungen, Kinderspielplätze und öffentlich zugängliche Sportstätten sowie tagsüber in Fußgängerzonen. Erst ab 20 Uhr bis 7 Uhr dürfen Erwachsene in Fußgängerzonen Cannabis konsumieren. Spätestens 18 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes soll eine erste Bewertung unter anderem dazu vorliegen, wie es sich auf den Kinder- und Jugendschutz auswirkt. Medizinische Fachverbände zeigen sich indes von dem Gesetz enttäuscht. Sie kritisieren unter anderem die zu niedrige Altersgrenze und zu hohe Abgabemengen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt sich in einem Statement klar gegen die Cannabis-Freigabe. Der Vorstand warnte ausdrücklich vor den gravierenden gesundheitlichen Folgen des Rauschmittels. „Aus ärztlicher Sicht ist Cannabis, genauso wie Tabak und Alkohol, alles andere als harmlos“, sagte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen. Man dürfe, so Andreas Gassen weiter, dem Cannabiskonsum nicht das Mäntelchen der Ungefährlichkeit umhängen. Regelmäßiger Konsum mache abhängig und führe gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu bleibenden Schäden. Anstatt Anbau-Clubs für Cannabis brauche es einen Plan, „wie medizinische und psychotherapeutische Versorgung von morgen sicher gestellt werden kann“, ergänzte der stellvertretende KBV-Vorsitzende Dr. Stephan Hofmeister. Zu einer gänzlich anderen Einschätzung gelangte der Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Burkhardt Bliener: Für ihn sei die bisherige verfehlte Cannabis-Ver-

### Verordnung von Cannabis ab 1. April über Muster 16/E-Rezept

Ab 1. April 2024 wird Cannabis zu medizinischen Zwecken über das Muster 16, beziehungsweise per E-Rezept (ab Mai) verordnet. Durch die Teil-Legalisierung von Cannabis unterliegt die Verordnung von medizinischem Cannabis nicht mehr dem Anwendungsbereich des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG). Zudem soll Cannabis zu medizinischen Zwecken aus dem BtMG in ein neues Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG) überführt und damit in Anlage III des BtMG (verkehrs-fähige und verordnungsfähige Betäubungsmittel) gestrichen werden. Damit sind die genannten Produkte beziehungsweise Arzneimittel auch für die Versorgung von Versicherten mit schwerwiegenden Erkrankungen (gemäß § 31 Absatz 6 Sozialgesetzbuch Fünft (SGB V)) über das reguläre Muster 16, beziehungsweise per E-Rezept verordnungsfähig. Der Wirkstoff Nabilon (Canemes®) muss weiterhin über ein BTM-Rezept verschrieben werden. In der vom Bundesrat verabschiedeten Fassung des CanG wird Nabilon weiterhin in Anlage III des BtMG aufgeführt und unterliegt weiterhin dem Anwendungsbereich des BtMG. Nabilon ist nach Paragraph 31 Absatz 6 SGB V – neben Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität sowie Dronabinol – unter Beachtung der dort sowie in der Arzneimittel-Richtlinie genannten Voraussetzungen ebenfalls zur Versorgung von Versicherten mit schwerwiegender Erkrankung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig.

botspolitik durch die Entscheidung des Bundesrates nun beendet. Außerdem könne mehr Gesundheitsschutz garantiert und der Jugendschutz gestärkt werden. Auch werde der Schwarzmarkt zurückgedrängt. Der Weg hin zu einer neuen Drogen- und Suchtpolitik sei jetzt frei. *set*

## Krankenhausreform

# Bekannte Pläne in neuer Verpackung

Die Krankenhausreform nimmt konkrete Formen an: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach legt einen ersten Referentenentwurf des „Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen“ vor. Es enthält viele bereits bekannte Pläne des Ministers.

**30** Pkw-Fahrtzeitminuten: So lange soll der Weg zur nächsten Chirurgie und Inneren Medizin dauern, 40 Minuten Fahrtzeit mit dem Auto zu allen anderen Leistungen. So zumindest steht es im Entwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach will kurze Wege zur nächsten Klinik. Das und mehr hat er in seinem 186 Seiten umfassenden Referentenentwurf zur Krankenhausreform formuliert. Nach den Plänen des BMG sollte das Gesetz noch im April im Bundeskabinett beschlossen werden und Anfang des kommenden Jahres in Kraft treten.

Der Bundesgesundheitsminister orientiert sich in seinem Entwurf sehr an den bereits in der Vergangenheit ausgehandelten Eckpunkten zur Klinikreform. Das zeigt sich zum Beispiel darin, dass er Behandlungen weiterhin auf gut ausgestattete Einrichtungen – sogenannte Maximalversorger – fokussieren möchte: „Durch eine Konzentration von Leistungen in spezialisierten Kliniken und eine dadurch gesteigerte Behandlungsqualität könnten viele Lebensjahre gerettet und Todesfälle sowie unnötige Revisionsoperationen vermieden werden“, heißt es hierzu im Referentenentwurf. Als Gründe für die Entscheidung nennt er unter anderem hohe Kosten sowie einen „wenig effizienten Personaleinsatz“. Kliniken,

die nicht maximal versorgen, bieten je nach ihrer Leistung – aufgefächert in 65 Leistungsgruppen – Grund- oder Regelversorgung an. Die Leistungsgruppen dienen als „Instrument einer leistungsdifferenzierten und qualitätsorientierten Krankenhausplanung“. Laut dem Gesetzesentwurf müssen Krankenhäuser demnach entsprechende technische Ausstattung, qualifiziertes Personal und die jeweilige Fachdisziplin zur Vor-, Mit- sowie Nachbehandlung nachweisen.

### Milliardenschwerer Fonds

Mit der Reform geht ein langwieriger Transformationsprozess für die Krankenhäuser in den kommenden Jahren einher. Um dies zu finanzieren, soll ab 2026 ein von Bund und Ländern finanzierter Fonds eingerichtet werden, der zehn Jahre zur Verfügung stehen und mit 50 Milliarden Euro ausgestattet sein soll. Damit soll die Klinikreform finanziert werden. Die Hälfte des Fonds müssen die Bundesländer allerdings selbst aufbringen, die andere Hälfte die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Ursprünglich sollte der Fonds von Bund, Ländern und GKV getragen werden.

Neben dem Fonds „werden die wirtschaftliche Situation und die Liquidität der Krankenhäuser durch die voll-

Anzeige





Tel. 030 / 338 43 44 70  
www.kanzlei-cron.de

Pasteurstr. 40  
10407 Berlin

Beatrice Cron  
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

ständige, umfassende und frühzeitige Tarifierfinanzierung sowie durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts wesentlich und nachhaltig verbessert“. Zudem sollen die jährlichen Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser erhöht werden, unter anderem um die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen und somit die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Der Bundesgesundheitsminister hat immer wieder betont, dass man es mit der Ökonomisierung übertrieben habe. Bis jetzt bestehe „für die Kliniken der ökonomische Anreiz, möglichst viele Patient:innen zu behandeln“, heißt es daher im Gesetzesentwurf. Deswegen wird das System der Fallpauschalen aufgeweicht und um Vorhaltepauschalen ergänzt. Mithilfe der Vorhaltepauschalen sollen sich Kliniken bis zu 60 Prozent finanzieren und damit unabhängiger von Fallzahlenreizen werden. Kliniken erhalten also bereits Gelder, wenn sie Personal und Betten bereitstellen können. Bei bestimmten Fachabteilungen wie etwa Geburtshilfe, Pädiatrie, Intensiv- und Notfallmedizin fällt die Pauschale höher aus. Auch sollen die Förderbeträge „zusätzlich zum Vorhaltevolumen auf die förderfähigen Standorte verteilt werden“. Die anderen 40 Prozent ihrer Kosten müssen die Krankenhäuser weiterhin durch Behandlungen erwirtschaften.

### Wohnortnahe Versorgung

Die sektorenübergreifenden Versorgungszentren fanden sich zu einem gewissen Teil auch schon im Eckpunktepapier zur Krankenhausreform. Laut dem Entwurf sind sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen rein rechtlich Krankenhäuser, „die wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden“. Behandlungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sollen nicht aus den Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen



*Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach möchte die Krankenhausstrukturen in Deutschland von Grund auf reformieren.*

abgezogen werden. Die Schaffung dieser Versorgungszentren folgen einem grundlegenden Ziel: Insbesondere „in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen“ soll weiterhin eine qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung aufrechterhalten werden. Dafür werde, laut dem Gesetzesentwurf, der Ausbau der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung vorangetrieben. Dabei liegt die Klinikplanung in der Hand der Bundesländer. Sie sind es, die in diesem Zusammenhang gesetzlich die Möglichkeit erhalten, „sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu bestimmen, deren Leistungsspektrum neben stationären auch erweiterte ambulante sowie medizinisch-pflegerische Leistung umfasst“.

Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen spielen laut dem BMG „eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung“. Für die Schaffung einer vernetzten, interdisziplinären Grundversorgung sei es sinnvoll, diesen Einrichtungen auch allgemeinmedizinische ambulante Behandlungen im Sinne von allgemeinmedizinischen Institutsambulanzen zu ermöglichen, führt der Referentenentwurf aus. So sollen Fachärzte für Allgemeinmedizin an sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen „aus einer Hand“ im stationären und im ambulanten Bereich weitergebildet werden. Dies wirke sich laut dem Gesetzesentwurf „positiv auf die Attraktivität der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen für das medizinische Personal aus“. Außerdem werde so ein wichtiger „Beitrag zur erforderlichen hausärztlichen Nachwuchs-

gewinnung“ geleistet. Insgesamt wünscht sich das BMG „eine engere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors“.

### Bedeutung für Berlin

Die Krankenhausreform sei ein wichtiges Thema, das aber immer in Zusammenhang mit den Niedergelassenen betrachtet werden muss, äußert sich Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, laut Medienberichten. Die Krankenhäuser benötigten starke ambulante Strukturen, um nicht unter der Last zusammenzubrechen. Als Beispiel nannte er die Notdienst-Versorgung. Die Niedergelassenen hingegen bräuchten leistungsfähige Krankenhäuser für deren Patienten, die man nicht ambulant versorgen könne.


Die KV Berlin beobachtet diese Entwicklungen seit längerem sehr genau. So hat sich unter anderem die Vertreterversammlung (VV) der KV Berlin in ihrer Klausur am 11. November 2023 mit den Auswirkungen dieser Pläne beschäftigt (siehe KV Blatt 01/2024). Dort formulierten die Mitglieder der VV eine klare Forderung: Der „Berliner Senat muss die Krankenhäuser benennen, die zukünftig als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gelten werden“. Man wolle die zukünftige Transformation unterstützen und „negative Auswirkungen für die Patientenversorgung auf ein Minimum reduzieren“. Ebenso wird der Vorstand der KV Berlin nicht müde, gegenüber der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege eine Beteiligung der KV Berlin bei den Überlegungen zur Ambulantisierung der Berliner Krankenhäuser einzufordern.

Labordiagnostische Empfehlungen

# Laborpfade als Entscheidungshilfe in der Praxis







Bei vielen Krankheiten sind Laboruntersuchungen für die Diagnose und anschließende Therapie unentbehrlich. Mehr noch: Die Anzahl an Erkrankungen, die sich ausschließlich mit laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen feststellen lassen, wird immer größer. In diesem Zusammenhang existieren bereits Laborpfade zu verschiedenen Erkrankungen, darunter Eisenmangel oder Blut- und Gerinnungserkrankungen. Das KV-Blatt startet ab dieser Ausgabe eine Serie zu den Laborpfaden. Den Anfang machen die labordiagnostischen Empfehlungen bei Erkrankungen der Schilddrüse. Weitere Laborpfade folgen in den kommenden Ausgaben.

Laboruntersuchungen sind ein wichtiger Baustein für Diagnosestellung und Therapiebegleitung, zum Teil lassen sich viele Erkrankungen nur mit laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen diagnostizieren. Immer häufiger spielt die Labordiagnostik für die Risikoabschätzung und das Monitoring einer Therapie eine bedeutende Rolle. Im Zuge medizinischer Innovationen werden dabei auch eng mit der Therapie verknüpfte labordiagnostische Leistungen als „Companion Diagnostics“ etabliert. Die medizinisch-ärztliche Indikationsstellung für labordiagnostische Untersuchungen bekommt einen zunehmenden Stellenwert, sodass Ärzte krankheitsspezifisch und patientenindividuell die adäquaten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen auswählen. Der medizinisch begründbare Bedarf an medizinischen Laboratoriumsuntersuchungen ist so dynamisch, dass er bisweilen den von den Gesetzlichen Krankenkassen akzeptierten Finanzierungsbedarf übersteigt.

#### **Laboranalysen besser steuern**

Im Zusammenhang mit der Laborreform in 2018 – Beschluss des

Bewertungsausschusses in seiner 412. Sitzung – beschloss die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vor sechs Jahren in seiner 5. Sitzung, dem KBV-Vorstand folgenden Auftrag zu erteilen: Er sollte in der zweiten Stufe der Weiterentwicklung der Laborvergütung Maßnahmen für eine stärker an medizinischen Erfordernissen ausgerichteten Mengensteuerung im Rahmen der bereits etablierten und bewährten gemeinsamen Beratungsstrukturen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs erarbeiten. Mit der Ausrichtung der Mengensteuerung von Laboruntersuchungen an medizinischen Erfordernissen sollte Transparenz zu der mengeninduzierenden Wirkung auch von Innovationen erzielt werden, um für diesen Leistungsbedarf mit dem GKV-Spitzenverband eine extrabudgetäre Vergütung und eine Befreiung vom Laborbudget zu verhandeln.

Ursache war das insgesamt schon beschriebene überproportionale Mengenwachstum der erbrachten und bei fachärztlichen Laboren veranlassten labordiagnostischen Untersuchungen. Zu den Faktoren,

die Ursache für diese Entwicklung sind, gehören: Innovation durch neue und zuverlässige Biomarkern und insbesondere molekulargenetische Diagnostik, komplexere Therapien mit einem erhöhten Monitoringbedarf durch Labordiagnostik, Verlagerung stationärer Labordiagnostik in den ambulanten Versorgungsbereich im Zuge der Ambulantisierung der Medizin, Inanspruchnahmeverhalten und Erwartungen von Versicherten sowie Patient:innen und manches mehr.

Die ärztliche Selbstverwaltung und die Berufsverbände wollen mit Hilfe einer sinnvollen Indikationsstellung und einer effizienteren und damit ressourcenschonenden Nutzung laboratoriumsmedizinischer diagnostischer Untersuchungen eine qualitativ bestmögliche Laborversorgung sicherstellen. Dazu dient das nachfolgend kurz skizzierte Konzept, das durch seine strukturierte Vorgehensweise das Ziel der Vermeidung von Unter- und Überversorgung priorisiert.

#### **KBV gründet Kommission**

Nach dem erwähnten Beschluss der Vertreterversammlung gründete





der KBV-Vorstand die interdisziplinär arbeitende KBV-Kommission „Labordiagnostische Empfehlungen“, die aus ständigen Mitgliedern – Haus- und Laborärzt:innen, Internist:innen, Mikrobiolog:innen – und aus indikationsspezifischen temporären Mitgliedern besteht. Die Arbeit der Kommission begann mit der Verabschiedung eines Konzeptes für die Erarbeitung der labordiagnostischen Empfehlungen sowie der Priorisierung von Indikationen, die zunächst bearbeitet werden sollen. Unter der Moderation des Kompetenzzentrums Labor bei der KBV sind die bisher veröffentlichten sechs ersten Laborpfade zu den Indikationen Hypo- und Hyperthyreose, Anämie, Eisenmangel, Thrombozytose und isoliert verminderter Quickwert

entstanden. Jede Indikation wird in einer einheitlichen Struktur auf vier bis acht DIN-A4-Seiten mit einem erläuternden Text und einem Ablaufschema als Laborpfad dargestellt. Damit können die seitens der Kommission ausgesprochenen Empfehlungen für den stufenweisen Einsatz von Laboruntersuchungen zur Erstdiagnose und Verlaufskontrolle von Krankheiten übersichtlich, quasi „wie auf einen Blick“, dargestellt werden.

Die Empfehlungen dienen der Orientierung und als Entscheidungshilfe und fassen die interdisziplinäre Auswertung vorliegender nationaler und internationaler Empfehlungen und Leitlinien – evidenzbasierter Ansatz – zusammen. Dabei spielen auch die Versorgungsrelevanz und

die jeweilige klinische Fragestellung eine wichtige Rolle. Die Kommission überprüft die Empfehlungen entsprechend der Weiterentwicklung des medizinischen Wissens regelmäßig auf Gültigkeit und Aktualität und passt sie gegebenenfalls an. Alle Pfade können auf der Internetseite der KBV heruntergeladen werden. So sind die Empfehlungen der KBV-Kommission „Labordiagnostische Empfehlungen“ auf dem aktuellen Stand von Medizin, Wissenschaft und Technik und dadurch geeignet, eine zielgerichtete Veranlassung von Laborleistungen nach medizinischen Kriterien zu unterstützen. Nach und nach sollen die schon erarbeiteten Labordiagnostischen Empfehlungen der Kommission in Form einer Serie im KV-Blatt veröffentlicht werden.



Weitere Informationen zu den Empfehlungen zur Labordiagnostik bei Hypothyreose:





### Hypo- und Hyperthyreose

Den Anfang machen die Kommissions-Empfehlungen zu den beiden häufigen Indikationen „Hypothyreose“ und „Hyperthyreose“ (siehe QR-Codes). Die beiden Indikationen wurden wegen der unterschiedlichen klinischen Situation und auch der labordiagnostischen Vorgehensweise in je einem eigenen Laborpfad bearbeitet. In beiden Fällen gelingt mit der Bestimmung von TSH eine sensitive Beurteilung der Schilddrüsenaktivität. Die Blutabnahme sollte aufgrund der bestehenden zirkadianen Rhythmik und der Abhängigkeit von Medikamenteneinnahmen morgens vor einer Medikamenteneinnahme erfolgen. In der Bewertung sind dann Alter und Geschlecht mit zu berücksichtigen.

Unter der Voraussetzung, dass im zurückliegenden Jahr keine thyreoidalen Erkrankungen diagnostiziert wurden, schließt eine TSH-Konzentration innerhalb des Referenzbereiches das Vorliegen einer Hypothyreose oder Hyperthyreose mit sehr großer Wahrscheinlichkeit

aus. Bei fortbestehender klinischer Symptomatik sollte die Bestimmung der TSH-Konzentration wiederholt werden und dabei auch an die jeweiligen Differentialdiagnosen gedacht werden. Die Indikation für die Bestimmung auch der freien Schilddrüsenhormone – fT4 im Falle der Abklärung einer Hypothyreose und fT3 zusammen mit fT4 im Falle der Abklärung einer Hyperthyreose – besteht erst zu diesem Zeitpunkt und besteht nicht schon im Zusammenhang mit der Eingangsuntersuchung von TSH. Zur Abklärung möglicher Ursachen für eine Hypothyreose beziehungsweise Hyperthyreose empfiehlt sich als weiterführende Diagnostik anschließend die Bestimmung der jeweils führenden Schilddrüsen-Autoantikörper.

Im Falle der Abklärung einer Hypothyreose wäre das zunächst die Bestimmung der Thyreoperoxidase-Antikörper (TPO-Ak), deren Nachweis die Annahme einer Autoimmunthyreoiditis (AIT) bekräftigt. Bei fehlendem Nachweis von TPO-Antikörpern sollte zur Verbesserung der

Unterscheidung zwischen immunogener und nicht-immunogener Hypothyreose die Bestimmung von Thyreoglobulin-Antikörpern (Tg-Ak) angeschlossen werden. Bei Vorliegen einer Hyperthyreose ist ur-



sächlich neben einer Schilddrüsen-autonomie der Morbus Basedow als zweithäufigste Ursache abzuklären. Charakterisiert ist die Autoimmunerkrankung durch eine Struma, eine Hyperthyreose und typische Krankheitszeichen der Augen – endokrine Orbitopathie – sowie in seltenen Fällen auch des Bindegewebes – prätibiales Myxödem oder Akropachie.

### Qualitätszirkel ist vorgesehen

Bei erhöhten Werten für fT4 und fT3 wird als weiterführende labor-diagnostischen Ursachenabklärung die Bestimmung von Autoantikörpern gegen den TSH-Rezeptor (TRAK-Ak) sowie der TPO-Ak empfohlen. Sind TRAK-Antikörper nachweisbar, kann vom Vorliegen eines Morbus Basedow ausgegangen werden. Bei fehlendem Nachweis der Autoantikörper kann eine nicht-immunogene Hyperthyreose angenommen werden. Bei negativem Befund für TRAK-Ak und nachweisbaren TPO-Ak, ist von der Initialphase einer Immunthyreoiditis auszugehen. Die Kommission hält diese Unterscheidung zwischen

Formen vermehrter Hormonproduktion – Autonomien oder Morbus Basedow – und einer Destruktion des Schilddrüsengewebes mit Freisetzung von Hormonen und dadurch bedingter Überfunktion – Initialphase der Immunthyreoiditis – für wichtig, da eine freisetzungsbedingte Hyperthyreose einer thyreostatischen Therapie nicht zugänglich ist.

Im Einzelfall sind stets die gegebenenfalls vorliegenden Besonderheiten und Komorbiditäten zu berücksichtigen. Die Etablierung eines Qualitätszirkels zur Verbesserung der Indikationsqualität von labor-diagnostischen Untersuchungen im Sinne des Beschlusses der KBV-Vertreterversammlung wird geprüft.



**Dr. Michael Müller**

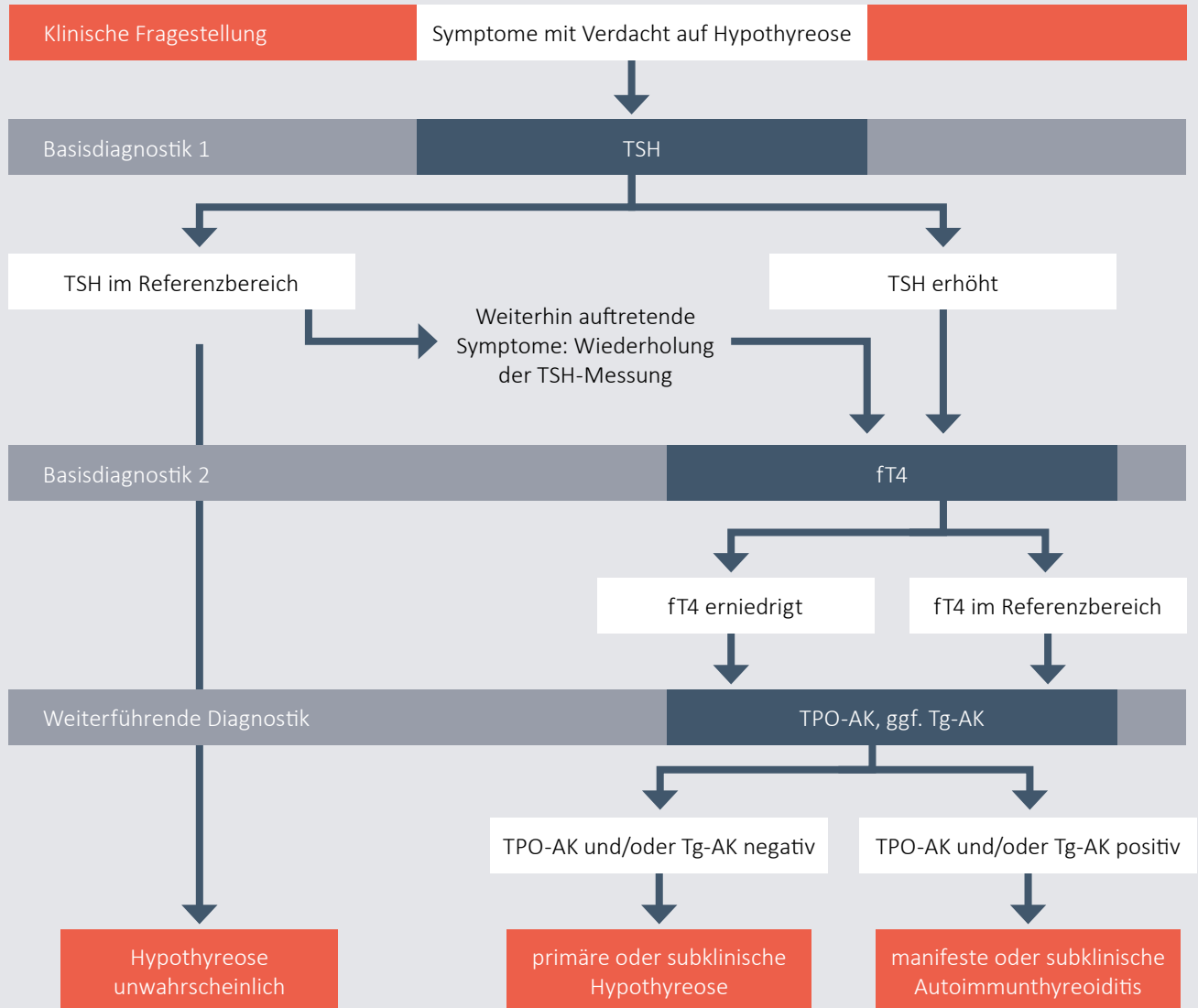
**Facharzt für  
Laboratoriumsmedizin**



Weitere Informationen zu den Empfehlungen zur Labordiagnostik bei Hyperthyreose:



## Ablaufschema: Labordiagnostik der Hypothyreose

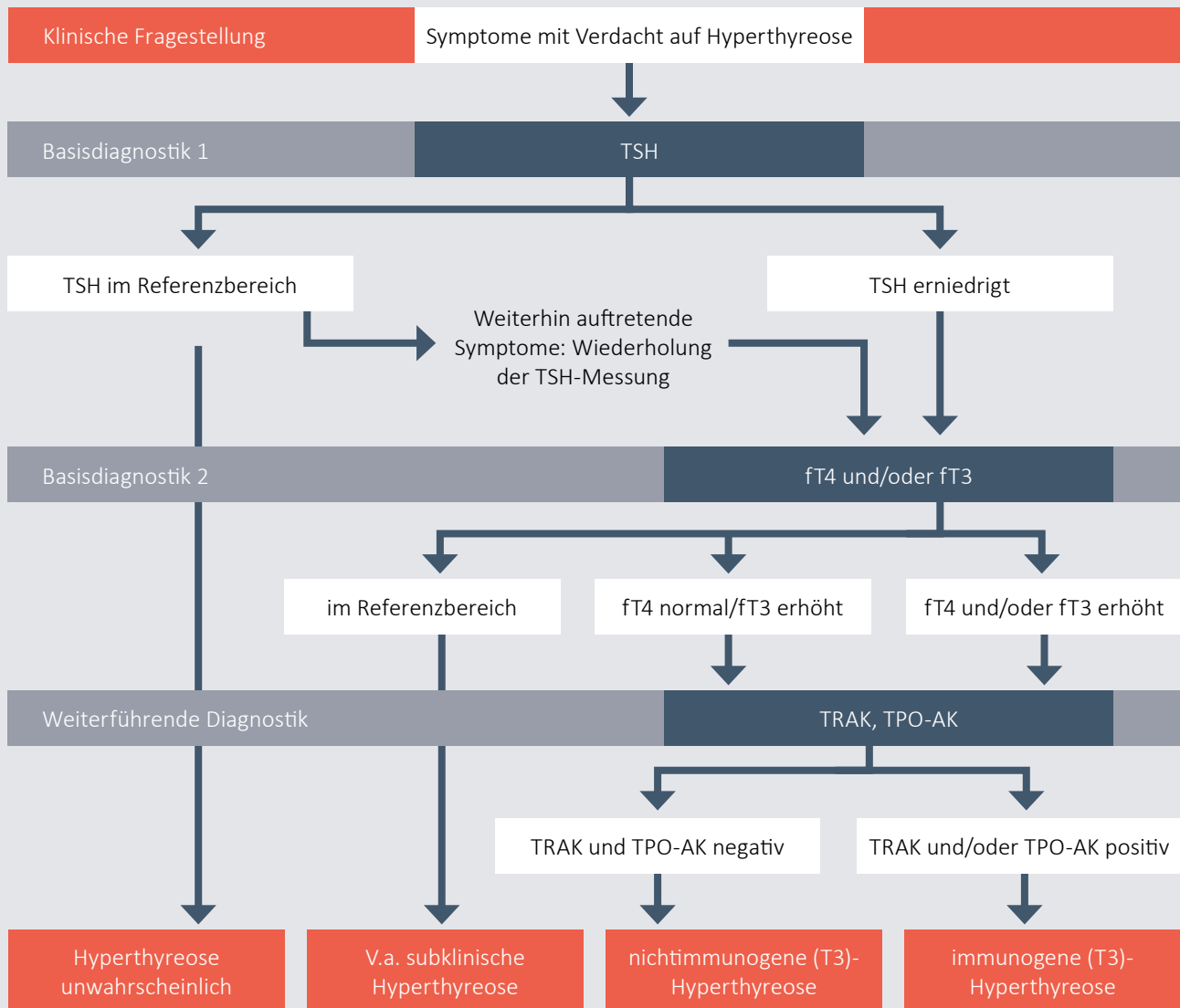


- TSH = Thyreoidea-stimulierendes Hormon
- fT4 = freies Thyroxin
- fT3 = freies Trijodthyronin
- TPO = Thyreoperoxidase
- AK = Antikörper
- TRAK = TSH-Rezeptor-Antikörper
- V.a. = Verdacht auf
- Tg = Thyreoglobulin

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



## Ablaufschema: Labordiagnostik der Hyperthyreose



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

## Wirtschaftlichkeitsprüfung

# KV Berlin plant Laborleistungen genauer zu prüfen

Seit längerem sind Art und Umfang von Laboruntersuchungen ein Thema in der Berliner Ärzteschaft. Im Angesicht der begrenzten finanziellen Ressourcen im GKV-System und der überwiegenden Honorierung als Leistung der MGV ist die wirtschaftliche Veranlassung und Erbringung aktueller denn je. Die KV Berlin plant aus diesem Grund Prüfanträge zu stellen, wenn der Verdacht der unwirtschaftlichen Veranlassung und Erbringung von Labordiagnostik besteht.





In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gilt für die Verordnung und Veranlassung von Leistungen das Wirtschaftlichkeitsgebot – § 12 SGB V. Auch die Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen fallen darunter, das heißt die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

### KV Berlin geht Hinweisen nach

Die Vergütung der Laborleistungen bei der KV Berlin ist im §18 Honorarverteilungsmaßstab (HVM) festgelegt. Die entsprechenden Bestimmungen sollen verhindern, dass sich die Kosten für Laborleistungen zulasten anderer MGW-Leistungen dauerhaft ausweiten. Aktuell geht die KV Berlin Hinweisen zur unwirtschaftlichen Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen nach. Die Veranlassung für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit besteht laut § 106a SGB V insbesondere:

1. bei begründetem Verdacht auf fehlende medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Fehlindikation),
2. bei begründetem Verdacht auf fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Ineffektivität),
3. bei begründetem Verdacht auf mangelnde Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten

Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualitätsmangel), insbesondere in Bezug auf die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,

4. bei begründetem Verdacht auf Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel.

### Prüfungen in diesem Jahr

Nach Auswertung der vorliegenden Abrechnungsdaten wird die KV Berlin gezielt Prüfanträge stellen. Als Aufgreifkriterien können dabei folgende Parameter zur Anwendung kommen:

- Die Überschreitung der Laborkosten pro Arztfall im Vergleich zur Arztgruppe.
- Die Überschreitung der Anzahl an Untersuchungen pro Arztfall im Vergleich zur Arztgruppe.

Nach Eröffnung des Prüfverfahrens durch die Prüfungsstelle erhält die Ärzt:in die Möglichkeit zur Stellungnahme. Anschließend entscheidet die Prüfungsstelle, ob die wirtschaftliche Veranlassung und Erbringung der Laboruntersuchungen bestand. In diesem Zusammenhang entscheidet die Prüfungsstelle auch über den Umfang und die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Als Ergebnis sind bei unwirtschaftlicher Erbringung Honorarkürzungen in einzelnen Leistungsbereichen sowie bei einzelnen Leistungen oder beim Gesamthonorar möglich.

### Anforderung von Laborwerten

Grundsätzlich gilt: Jede Vertragsärzt:in ist verpflichtet, die von ihr benötigte Labordiagnostik selbst zu erbringen, zu veranlassen oder zu beziehen. Dies bedeutet, dass alle Vertragsärzte die Durchführung nicht eigenerbrachter Laborleistungen mit Überweisung an einen anderen Arzt anfordern müssen. Es ist somit unzulässig, Laboruntersuchungen an zum Beispiel mitbehandelnde Allgemeinmediziner zu übertragen. Sofern die begründete Annahme besteht, dass die benötigten Wert in jüngster Zeit bereits bestimmt wurden, ist zur Vermeidung von Doppelbestimmungen eine Rücksprache mit der entsprechenden Arztpraxis sinnvoll.

Die im Gastbeitrag von Dr. Müller vorgestellten „Labordiagnostische Empfehlungen (Laborpfade)“ der KBV-Kommission können gerade für neu in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte einen guten Anhaltspunkt für die wirtschaftliche Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen bieten. Die stufenweise und effiziente Anwendung von Laboruntersuchungen für die Erstdiagnose und Verlaufskontrolle von Erkrankungen zielt dabei auf die Vermeidung von Unter- beziehungsweise Überdiagnostik ab.

*Dr. Dana Schönherr,  
Stellvertretende Abteilungsleiterin VOB & § 106d  
bei der KV Berlin*

### Tipp für die Praxis

Die wirtschaftliche Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen führt neben der Vermeidung von Prüfanträgen mit einer möglichen Festsetzung von Regressen auch zur Chance den Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) zu erhalten.

## Service der KV Berlin

Sie fragen.

Wir antworten!

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

**Welche Leistungen kann ich erbringen, wenn sich ehemalige Psychotherapie-Patient:innen mit einem akuten Behandlungsbedarf erneut an mich wenden?**

Grundsätzlich ist unter Berücksichtigung des im EBM definierten Krankheitsfalls der folgende Ablauf vorgesehen:

1. Psychotherapeutische Sprechstunde
2. ggf. notwendige psychotherapeutische Akutbehandlung
3. Probatorik
4. Richtlinien-Psychotherapie

Bitte beachten Sie, dass gemäß § 11 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen die Neubeantragung einer Therapie innerhalb der Zweijahresfrist gutachterpflichtig ist.

**Es wird eine Ersatzbescheinigung der Krankenkasse anstatt der eGK vorgelegt. Ist diese gültig?**

Ja. Aktuell häufen sich die Meldungen, dass Patient:innen aufgrund von kassenseitigen Lieferschwierigkeiten bei Ihnen in der Praxis mit einer Ersatzbescheinigung erscheinen. Diese ist zeitlich befristet und stellt ebenfalls einen gültigen Anspruchsnachweis dar. Die Versichertenstammdaten sind in diesem

Sonderfall von der Ersatzbescheinigung manuell in das Praxisverwaltungssystem zu übernehmen.

Folgende Daten sind zu erheben:

- Bezeichnung der Krankenkasse
- Name und Geburtsdatum des Versicherten
- Versichertenart
- Postleitzahl des Wohnorts
- Nach Möglichkeit die Versicherungsnummer

**Sind Überweisungsscheine (Muster 6) auch quartalsübergreifend gültig?**

Beginnt der/die auf Überweisung tätig werdende Arzt/Ärztin die Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein verwendet werden, sofern der oder die Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorweisen kann. Erfolgt im Folgequartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, so kann der ausgestellte Überweisungsschein ohne den erneuten Nachweis der Anspruchsberechtigung verwendet werden.

Erstreckt sich die Behandlung des/der auf Überweisung tätig werden-

den Arztes/Ärztin über mehr als ein Quartal, so kann der Überweisungsschein quartalsübergreifend weiterverwendet werden. Die erneute Ausstellung eines Überweisungsscheines ist nicht erforderlich.

**Wo muss ich meine E-Mail-Adresse hinterlegen, um Informationen und Nachrichten von der KV Berlin zu erhalten?**

Als Mitglied der KV Berlin haben Sie die Möglichkeit, Ihre E-Mail-Adresse für den Empfang von Informationen der KV Berlin selbst einzupflegen oder zu ändern. Diese Eintragungen können Sie im Online-Portal unter „Profil“ > „Eigene Daten“ > „E-Mail Einstellungen“ vornehmen. An diese E-Mail-Adresse erhalten Sie beispielsweise auch den „Praxisinformationsdienst“ (PID).

Mit Ihrer BSNR-Anmeldung können Sie uns eine praxisbezogene E-Mail-Adresse für die Kommunikation mit der KV Berlin mitteilen, arbeiten mehrere Ärzt:innen in Ihrer Praxis können diese zusätzlich eine arztbezogene E-Mail-Adresse zur LANR hinterlegen. Hierfür bitte über die LANR-Anmeldedaten anmelden. Nur dann wird das zusätzliche Eingabefeld sichtbar.



©Dirk Wetzel

# Meine Ärztin kommt aus Deutschland

German Doctors helfen ehrenamtlich  
in Armutsregionen.

Ohne Ihre Spende geht es nicht: [www.german-doctors.de](http://www.german-doctors.de)



## Ambulante Versorgung

# Geschlossenheit demonstrieren

Um auf die Problematik der drohenden Unterversorgung und auf Struktur-schwächen aufmerksam zu machen und die Verwirklichung der Entbudgetierung voranzutreiben, veranstalten die Arztnetze der Arbeitsgemeinschaft Berliner Arztnetze Protestaktionen – auch, um die von der Vertreter-versammlung beschlossene Resolution zur HVM-Änderung umzusetzen.



*Zur Information der Patientinnen und Patienten hat das Gesundheitsnetz SüdOst ein Plakat entwickelt, das an der Praxistür auf den Aktionstag und die Praxisschließung – sowie die Vertretungspraxis – hinweist.*

Seit dem ersten Quartal 2024 gilt der neue Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin. Dieser enthält eine Leistungsreduzierung, die durch die Resolution der Vertreterversammlung (VV) in der Sitzung am 23. November 2023 beschlossen wurde. Zur Umsetzung der Resolution, mit der eine Fallzahlminderung einhergeht, und für die Stärkung der ambulanten Versorgung führen die sechs Arztnetze der Arbeitsgemeinschaft Berliner Arztnetze (AGBAN) – Praxisnetz Reinickendorf e. V., Praxisnetz Neukölln-Tempelhof e. V., Arztnetz City Nord e. V., Gesundheitsnetz SüdOst e. V., Praxisnetz Nordost e. V. und Praxisnetz Charlottenburg e. V. – Protestaktionen durch, an denen zahlreiche Hausärztinnen und -ärzte ihre Praxen schließen.

### Aufmerksamkeit erzeugen

Bei den Protestaktionen, die im ersten Quartal dieses Jahres gestartet sind, schließen flächendeckend zahlreiche Hausarztpraxen aus demselben Bezirk für einen Tag – mit dem Hinweis auf den Protest und die entsprechende Vertretungspraxis. Während dieser Zeit übernehmen ein bis zwei Praxen im Bezirk die Vertretung für alle geschlossenen Praxen, damit die Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet ist.



## Praxisnetz Charlottenburg PNC e. V.



„Mit diesen Aktionstagen wollen wir auf die momentane angespannte Lage in der ambulanten Versorgung aufmerksam machen und auf die drohende Unterversorgung gemeinsam und solidarisch hinweisen. Unser Ziel ist außerdem, die angekündigte Entbudgetierung weiter zu verfolgen, damit diese Pläne des Bundesgesundheitsministeriums auch verwirklicht werden“, erklärt Dr. Franziska Drephal. Die Hausärztin ist im Berliner Bezirk Treptow-Köpenick niedergelassen und seit 2023 Mitglied der Vertreterversammlung der KV Berlin.

### Große Zustimmung

Zu Anfang habe es Skepsis gegenüber dem Vorhaben gegeben, sodass sich zunächst auch nicht alle Netze beteiligt hätten, erzählt Drephal, die auch im Vorstand des Gesundheitsnetzes SüdOst aktiv ist. „Gerade in den westlichen Bezirken haben zu Anfang nicht alle Kolleginnen und Kollegen mitgemacht, auch weil die Versorgungssituation dort teilweise noch eine andere ist, als in den östlichen Berliner Bezirken – hier ist die vergleichsweise schlechtere Versorgung ja bereits seit Jahren flächendeckend Thema“, so Drephal.

Mittlerweile – auch durch die guten Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen – machen alle Arztnetze der AGBAN mit. In unterschiedlichen

Stammtischen werden regelmäßig die Aktionstage geplant und Vertretungsregelungen besprochen. Auch möchten die teilnehmenden Praxen die Protestaktionen ausweiten und über die Berufsverbände bewerben. Die Protesttage für das zweite Quartal wurden bereits frühzeitig festgelegt, auch die Planungen für das dritte Quartal stehen in Kürze an. Etwa 60 bis 70 Praxen aus den

Arztnetzen der AGBAN beteiligen sich bisher.

Bezüglich eines möglichen Patientensturms an den Folgetagen der Praxisschließungen gab es große Bedenken unter den Ärztinnen und Ärzten. Doch mit der richtigen Organisation funktioniert es gut, der große Ansturm blieb bisher aus. „Wichtig ist, die Patientinnen

Anzeige



**Lieben-Obholzer**  
KANZLEI FÜR MEDIZIN UND WIRTSCHAFT

## Schnelle Abhilfe bei Beschwerden für Heilberufe in **RECHT + STEUER**



Rain Katharina Lieben-Obholzer

☎ 030/23540-500
✉ info@kmw-tax.com

📅 Online-Terminbuchung: [www.medizinrecht-aerzte.com](http://www.medizinrecht-aerzte.com)

**Wir sind seit über 10 Jahren für kleine Praxen und große  
Praxisgemeinschaften bundesweit in den Bereichen**

<b>Steuer</b>	<b>Recht</b>	<b>BWL-Beratung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanz- und Lohnbuchhaltung</li> <li>• Jahresabschlüsse</li> <li>• Steuergestaltung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizin- und Gesellschaftsrecht</li> <li>• Sanierungsberatung</li> <li>• Arbeitsrecht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praxisanalyse</li> <li>• Praxisgründung</li> <li>• Praxisabgabe</li> </ul>

tätig und kennen uns mit den speziellen Gegebenheiten der Gesundheitsbranche aus.

**KMW | Katharina Lieben-Obholzer, Kanzlei für Medizin und Wirtschaft, Glienicke Str. 6 c, 13467 Berlin**



Mitglied im  
Steuerberaterverband  
BERLIN-BRANDENBURG



DATEV  
Mitglied



Mitglied im Anwaltverein



## Dr. Franziska Drephal

Fachärztin für Innere Medizin

und Patienten darüber zu informieren, warum wir das machen und vor allem, dass wir sie nicht im Stich lassen – sondern im Gegenteil diese Aktionen für sie machen!“, so Drephal. Bisher erhalte die Hausärztin viel positive Rückmeldung seitens der Patientinnen und Patienten.

### Hintergrund

Aufgrund der immer schlechter werdenden Bedingungen in der ambulanten Versorgung hatte die Vertreterversammlung der KV Berlin im Herbst vergangenen Jahres den KV-Vorstand mit einer Resolution beauftragt, Leistungsreduzierungen zu prüfen und Vorschläge für eine solche Umsetzung im Honorarverteilungsmaßstab zu erarbeiten.

Mit diesem Schritt sollte der Politik und den Krankenkassen aufgezeigt werden, dass die ambulante Versorgung endlich eine ausreichende Finanzierung erhalten müsse – um unter anderem die Versorgungsqualität beibehalten zu können und die Niederlassung nicht immer unattraktiver und unbeliebter werden zu lassen. In Berlin liegt die Leistungserbringung circa 20 Prozent über der mit den Kassen vereinbarten

bezahlten Leistungsmenge.

Die Situation ist deutschlandweit unterschiedlich, die KV-Bezirke Berlin und Hamburg beispielsweise würden von einer Entbudgetierung stärker profitieren als andere Regionen. Die schlechte Auszahlungsquote in Berlin liegt unter anderem an der Bevölkerungsstruktur und den sozialen Faktoren einer Großstadtregion, die bei den regionalen Finanzierungsverhandlungen eine Rolle spielen.

### Entbudgetierung soll kommen

Ende März hat das Bundesministerium für Gesundheit einen neuen Gesetzesentwurf für das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GSVG) vorgelegt. Darin unter anderem enthalten ist die Entbudgetierung bei den Hausärzten (siehe dazu auch Seite 26).

Die Arztnetze der AGBAN machen trotzdem weiter, auch um die Patientinnen und Patienten auf die aktuelle Situation in den Praxen hinzuweisen. Sowieso ist die Entbudgetierung der Hausärzte noch nicht das Ende. „Es besteht tiefgreifender Reformbedarf für einen optimierten Strukturwandel der ambulanten fachübergreifenden Versorgung.“, so Drephal abschließend. *bic*

Anzeige



Wirtschaftsmedizin  
Recht

Wir beraten und vertreten • niedergelassene Ärzte • MVZ • Krankenhaussträger  
• 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

## Meldung

### PraxenKollaps: Anhörung im Petitionsausschuss

Am 19. Februar waren die KBV-Vorstände Dr. Andreas Gassen und Dr. Stephan Hofmeister im Petitionsausschuss des Bundestags, da die von der KBV initiierte Petition zur Rettung der ambulanten Versorgung mehr als 550.000 Stimmen verzeichnete. In der Anhörung richteten sie einen deutlichen Appell zur Rettung der Praxen an die Mitglieder des Ausschusses. Der Handlungsdruck sei groß, da bereits in den nächsten Jahren Praxisschließungen in größerem Umfang drohen würden, betonte Gassen. „Wir stehen vor einem Kipppunkt und haben große Sorgen, dass die Versorgung der Menschen durch die Praxen perspektivisch wegbricht und dann nicht mehr regenerierbar ist“, warnte Gassen. Die Regierung setze allerdings nicht alles daran, die Situation schnell zu ändern, sondern bremse die ambulante Medizin eher aus. An der Anhörung nahm auch Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach teil, der der Entbudgetierung der Fachärzt:innen erneut eine Absage erteilte. Lauterbach hatte in der Anhörung mitgeteilt, dass er derzeit keine Entbudgetierung aller Facharztgruppen plane und diese angesichts der Einkünfte auch nicht für notwendig halte.

### KV-SERVICE-CENTER

service-center@kvberlin.de

www.kvberlin.de

030 / 31 003-999

Sprechzeiten:

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

## KJ-KSVPsych-RL

# Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche beschlossen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nun auch eine Richtlinie für die psychiatrisch-psychotherapeutische Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche beschlossen.

Nach Inkrafttreten der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) mit Start des Programms im Oktober 2022 wurde nun auch ein Versorgungsprogramm für Kinder und Jugendliche erarbeitet. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat kürzlich eine Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) verabschiedet. Der erweiterte Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung hatte vor zwei Jahren die Beratungen für ein Versorgungsprogramm für Kinder und Jugendliche aufgenommen.

### Abweichung zur Erwachsenenversorgung

Die Richtlinie weicht von der entsprechenden Richtlinie zur Erwachsenenversorgung ab.

Die betreuenden Teams sollen mindestens aus einem psychotherapeutischen und einem ärztlichen Mitglied sowie einer nichtärztlichen koordinierenden Person (zentrales Team) bestehen. Die Teambildung soll somit niederschwellig sein, wobei weitere Mitglieder hinzukommen können.



Die Übernahme der Bezugsfunktion mit der Behandlungsplanung und -steuerung erfolgt unabhängig vom Zulassungsumfang. Außerdem sollen bei Bedarf weitere Disziplinen oder Einrichtungen ohne weitere Kooperationsvereinbarungen einbezogen werden können. Dem zentralen Team soll ermöglicht werden, mit Akteuren anderer Sozialgesetzbücher oder Unterstützungssysteme (wie Jugendhilfe oder Schule) zu kooperieren.

### Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf

Der G-BA erhielt durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung den Auftrag, Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu beschließen.

Die Komplexversorgung für Erwachsene richtet sich daher bereits an

erkrankte Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Behandlungsbedarf. Betroffene sollen dabei unterstützt werden, ein möglichst eigenständiges Leben zu führen. Patientinnen und Patienten werden von bedarfsübergreifenden Teams aus Ärzten, Psychotherapeuten und anderen Fachkräften wie Ergo- und Soziotherapeuten engmaschig betreut.

Nun sind auch für unter 18-Jährige Regelungen erarbeitet worden, die eine bessere Koordination der Versorgung gewährleisten, den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung und umgekehrt erleichtern sowie durch abgestimmte Prozesse eine höhere Versorgungseffizienz ermöglichen. Es steht noch die Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit aus. Das Datum des Inkrafttretens der Richtlinie steht noch nicht fest. Die KV Berlin wird hierzu informieren.

bic

## Digitalisierung

# Praxisverwaltungssoftware mit KBV-Vertrag

Anbieter von Praxissoftware können ab sofort einen Vertrag mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) schließen und damit zeigen, dass sie und ihr System notwendige Anforderungen erfüllen. Dies bringt auch Vorteile für Praxen.

Die Möglichkeit, solche Anforderungen festzulegen, hat der Gesetzgeber der KBV gegeben (Paragraf 332b SGB V). Die KBV hat daraufhin einen Anforderungskatalog erstellt (formal: Rahmenvereinbarung). Darin sind wesentliche Vorgaben, die aus Sicht der KBV für Praxen in punkto Praxisverwaltungssysteme (PVS) wichtig sind, enthalten. Für die PVS-Anbieter ist es freiwillig, die Anforderungen der Rahmenvereinbarung zu erfüllen und einen Vertrag mit der KBV zu schließen.

Sobald ein PVS-Anbieter einen Vertrag mit der KBV geschlossen hat, wird er auf der Internetseite der KBV gelistet. Arzt- und Psychotherapiepraxen können sich vor einem PVS-Wechsel dort informieren und bei ihrer Wahl berücksichtigen, ob es sich um ein „PVS mit KBV-Vertrag“ handelt.

### Vorteile für Praxen

- **Preistransparenz:** Ärzte und Psychotherapeutinnen wissen genau, welche Kosten auf ihre Praxis zukommen. Klar ist auch, wie lange die vereinbarten Preise gelten.
- **Sicherheit:** Die Praxis wird vom PVS-Anbieter über Installation und sicherheitskritische Einstellungen informiert.
- **Service:** Die Praxis hat einen Ansprechpartner und kann sich darauf verlassen, dass sich dieser innerhalb vereinbarter Servicezeiten um das Anliegen kümmert.
- **Updates:** Quartals-Updates werden einfach und unkompliziert online bereitgestellt.
- **Entlastung:** Wenn die Software hält, was sie verspricht, sorgt das für Zufriedenheit. Es entsteht kein unnötiger Aufwand durch Beschwerden oder Anfragen.



Auch für PVS-Anbieter hat der Vertrag Vorteile. Denn mit dem PVS-Logo „PVS mit KBV-Vertrag“ zeigt das Unternehmen, dass seine Software wichtige Standards und hohe Qualitätsvorgaben einhält. Die KBV hofft auf Interesse und bietet den PVS-Anbietern ihrerseits Beratung an. Mehr zum Thema „PVS mit KBV-Vertrag“ unter [www.kbv.de/html/pvs-mit-vertrag.php](http://www.kbv.de/html/pvs-mit-vertrag.php).

Anzeige

**MEYER  
KÖRING**  
Exzellenz seit 1906

**RECHTSBERATUNG  
IM GESUNDHEITSWESEN**



MEYER-KÖRING Rechtsanwälte • Steuerberater | Bonn • Berlin | Schumannstr. 18 • 10117 Berlin | Tel.: 030 206298-6 | [berlin@meyer-koering.de](mailto:berlin@meyer-koering.de) | [meyer-koering.de](http://meyer-koering.de)

**KV-SERVICE-  
CENTER**

---

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

**030 / 31 003-999**

---

Sprechzeiten:

---

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





Kinderstiftung Christliches  
Kinder- und Jugendwerk

## Wer macht mich satt?

Die Arche engagiert sich für Kinder in Deutschland.  
Mit kostenlosem Essen, schulischer Hilfe,  
sinnvollen Freizeitangeboten und ganz viel Liebe.  
Damit jedes Kind eine Chance hat. **Helfen auch Sie mit!**



Spendenkonto:  
DE78 1002 0500 0003 0301 00  
[kinderprojekt-arche.de](https://www.kinderprojekt-arche.de)

## Digitalisierung

# „Weg zu einer digital reifen Praxis“

Timo Neunaber forscht an der Universität Witten/Herdecke an Reifegradmodellen in der Praxis. Die Messinstrumente beantworten mit Blick auf die Digitalisierung in der ambulanten Versorgung ganz grundlegende Fragen: Wie digital ist eine Praxis und was müssen niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten noch tun? Fragen zu seiner Forschung beantwortet der Doktorand im Interview mit dem KV-Blatt.

### Was ist Ihre Forschungstätigkeit im Bereich der Digitalisierung in der ambulanten Gesundheitsversorgung?

Die Digitalisierung wird immer mehr zu einer wichtigen Säule der Forschung und Versorgung im Gesundheitswesen. Digitale Lösungen wie die elektronische Patientenakte, das E-Rezept oder digitale Gesundheitsanwendungen bestimmen immer mehr die Arbeit von Ärzten. Doch wie digital ist die ambulante Versorgung derzeit und welche Kriterien bestimmen den Digitalisierungsstand von Praxen? Als Doktorand am Lehrstuhl für Gesundheitsinformatik an der Universität Witten/Herdecke befaße ich mich mit der Fragestellung, wie der Digitalisierungsstand in der ambulanten Gesundheitsversorgung erfasst werden kann. Hierzu erforsche ich die Anwendung von Reifegradmessungen mithilfe von Reifegradmodellen.

### Was ist ein Reifegradmodell?

Ein Reifegradmodell ist eine Art Messinstrument, das zur Bestimmung des Status quo der Digitalisierung von Praxen verwendet werden kann. Es zeigt übersichtlich – meist anhand einer grafischen Darstellung – wie digital



### Timo Neunaber

Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
am Lehrstuhl für Gesundheits-  
informatik an der Universität  
Witten/Herdecke

Ärzte sind. Ein Reifegradmodell basiert auf Reifegradstufen, die den Weg zu einer digital reifen Praxis aufzeigen. Über Bewertungsfragen erfolgt eine Einordnung des Digitalisierungsstandes anhand verschiedenster Kriterien auf einer solchen Reifegradstufe. Reifegradmodelle existieren bereits für eine Reihe von Anwendungsfeldern. Beispielsweise fördert das Bundesministerium für Gesundheit mit dem „DigitalRadar“ die Erhebung des Digitalisierungsstandes von Krankenhäusern. Für die ambulante Gesundheitsversorgung sind Reifegradmodelle dagegen wenig erforscht und kommen bisher nicht zur Anwendung.

### Warum ist es aus Ihrer Sicht wichtig, dass Ärzte den Digitalisierungsstand ihrer Praxis kennen beziehungsweise erheben?

Eine Erhebung des Digitalisierungsstandes hat im Wesentlichen drei Funktionen. Erstens bietet eine Reifegradmessung grundlegende Orientierung und Transparenz über den Status quo der Digitalisierung der eigenen Praxis. Darauf aufbauend können zweitens auch Vergleiche mit anderen Praxen vorgenommen werden und von Best-Practice-Beispielen gelernt werden. Dadurch das anhand von verschiedenen Reifegradstufen der Weg zur Erhöhung des Digitalisierungsstandes aufgezeigt wird, können aus Reifegradmessungen zuletzt auch passgenaue Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung abgeleitet werden.

### Welche Vorteile bietet die Digitalisierung für die ambulante Gesundheitsversorgung, insbesondere für Leistungserbringende und ihre Patienten?

Leistungserbringende der ambulanten Gesundheitsversorgung sind häufig die ersten Ansprechpartner für Patienten und stellen darüber hinaus die

Vernetzung mit anderen Leistungserbringenden und Institutionen im Gesundheitswesen her. Digitale Lösungen können dabei helfen, Informationen entlang dieser oft komplexen Versorgungspfade auszutauschen. Des Weiteren können sie für eine Reihe weiterer Zwecke, sei es für eine einfachere Terminvereinbarung oder für die direkte Patientenbehandlung eingesetzt werden. Letztlich sollte mit der Digitalisierung immer das Ziel der Erleichterung der eigenen Arbeitsabläufe sowie die Steigerung der Patientenzufriedenheit verfolgt werden.

**Haben Sie ein Praxis-Beispiel, welches Sie begutachten konnten und Sie beeindruckt hat?**

Aufgrund verschiedenster Kooperationen und Projekte des Lehrstuhls konnten wir eine Reihe von Praxen besichtigen, in denen Digitalisierung auf beeindruckende Weise gelebt wird. Dies betrifft beispielsweise den Aufbau oder die Führung der Praxis. Digitalisierung spielt in den Praxen eine wichtige Rolle, ist kein Selbstzweck, sondern trägt zur Mitarbeiterzufriedenheit, Prozessgeschwindigkeit und Prozessqualität bei. Dies sind Praxen, welche in unserem Sinne besonders digital reif sind.

**Welche Faktoren sind entscheidend, um den Digitalisierungsstand einer Praxis zu messen?**

Für die Messung des eigenen Digitalisierungsstands sind klare Zuständigkeiten und ein Austausch innerhalb des eigenen Teams Erfolgsfaktoren. Die Digitalisierung innerhalb von Pra-

xen umfasst verschiedenste Bereiche, wie die eigenen Abläufe oder die technische Ausstattung. Für eine ehrliche und passgenaue Einordnung der Praxis auf Reifegradstufen ist daher der Austausch untereinander wichtig, um verschiedenste Expertenmeinungen einfließen zu lassen. Zuletzt bedarf es eine Bündelung dieser Einschätzungen über eine Person, die für die Digitalisierung in der Praxis zuständig ist.

**Haben Sie Empfehlungen oder Ratschläge für Leistungserbringende, die überlegen, ihre Praxis zu digitalisieren?**

Es ist meiner Meinung nach wichtig, sich vorab ausreichend Informationen über den eigenen Digitalisierungsbedarf sowie über Potenziale von digita-

len Lösungen einzuholen. Andernfalls besteht die Gefahr, im Nachgang getroffene Digitalisierungsentscheidungen revidieren zu müssen. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, zu Beginn eine Analyse der eigenen Stärken und Schwächen vorzunehmen. Auch eine Reifegradmessung mithilfe von Reifegradmodellen schafft zu Beginn grundlegende Orientierung. Welche Abläufe funktionieren bisher gut? An welcher Stelle könnten beispielsweise digitale Tools Erleichterungen für Mitarbeitende und Patienten bieten? Darauf aufbauend kann der Markt an digitalen Lösungen nach passgenauen Anwendungen bewertet werden. Nicht zuletzt sollten vorab viele Gespräche mit ärztlichen Kollegen geführt werden, um aus Erfahrungen zu lernen.

**Vielen Dank für das Gespräch.** set

Anzeige

## Pöppinghaus ■ Schneider ■ Haas

 <p><b>Dr. jur. Michael Haas</b> Fachanwalt für Medizinrecht Fachanwalt für Handels- und Gesellschaftsrecht</p>	<p><b>Unsere Leistungen im Medizinrecht, Familienrecht und Erbrecht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gründung, Beteiligung oder Trennung bei BAG oder MVZ</li> <li>■ Praxiskauf/-verkauf oder Praxismietvertrag</li> <li>■ Ärztetestament und Ärztevorsorgevollmacht</li> <li>■ Ärzte-Ehevertrag</li> <li>■ rechtliche Absicherung der Familie und der Arztpraxis bei Unfall oder Tod des Praxisinhabers</li> <li>■ rechtliche Vertretung und Strategieplanung bei Trennung/ Scheidung des Praxisinhabers</li> </ul>	 <p><b>Diana Wiemann-Große</b> Fachanwältin für Familienrecht Fachanwältin für Erbrecht</p>
<p style="margin: 0;"><b>Pöppinghaus : Schneider : Haas</b> Rechtsanwälte PartGmbH Maxstraße 8 · 01067 Dresden</p>		
<p style="margin: 0; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Telefon 0351 48181-0</span> <span>kanzlei@rechtsanwaelte-poeppinghaus.de</span> </p> <p style="margin: 0; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Fax 0351 48181-22</span> <span>www.rechtsanwaelte-poeppinghaus.de</span> </p>		

INNOVATIV | KREATIV | INDIVIDUELL



Wir machen Einrichtungen bezahlbar.

- 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](http://www.praxisdesign-berlin.de)

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

Fortlaufende Veranstaltungen

- Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/zum Psychologischen Psychotherapeuten (TP und AP)

**Achtung, letzter Ausbildungsbeginn nach dem alten Psychotherapeutengesetz ist das Wintersemester 2024/25!**

- Zusatzqualifikation in tiefenpsychologischer und analytischer Psychotherapie bei vorhandener Approbation in VT oder TP
- Zusatzweiterbildung für Fachärzt:innen in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie nach WBO der jew. ÄK
- Weiterbildungen im Psychotherapie-Teil in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie nach WBO der jew. ÄK im Rahmen von Facharztbildungen

**Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP e.V., Kantstraße 120/121, 10625 Berlin**  
Weitere Informationen und Bewerbung: [www.dapberlin.de](http://www.dapberlin.de), Tel.: 030-313 28 93, [ausbildung@dapberlin.de](mailto:ausbildung@dapberlin.de)

**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](mailto:ausbildung@dapberlin.de)**

Freitag, 10. Mai 2024

**Referentin: Dr. Marie Anne Nauer**  
**Vortrag: INSTANT STRESS REGULATION –** Theoretische Aspekte und praktische Auswirkungen eines neuen theoretischen Modells in der Psychotherapie  
20.00 bis 22.15 Uhr, 10 Euro (ermäßigt 7 Euro), Zertifizierung beantragt  
Präsenzveranstaltung mit Onlineübertragung  
**Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP e.V., Kantstraße 120/121, 10625 Berlin**  
Weitere Info und Anmeldung: [www.dapberlin.de](http://www.dapberlin.de)

Samstag und Sonntag, 11./12. Mai 2024

**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. 3.5.2024 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](http://www.dapberlin.de), Tel.: 030-30 83 13 30, [ausbildung@dapberlin.de](mailto:ausbildung@dapberlin.de)

Freitag, 24. Mai 2024

Arbeitskreis für Psychotherapie: Intervention (zertifiziert) für psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen und Psycholog:innen.  
Wissenschaftliche Leitung: Dr. Isabel Schnabel, Beginn um 20 Uhr, Ort: Wenn möglich in Präsenz in den Räumen des BIPP, Arbeitskreis für Psychotherapie e. V., Pariser Str. 44, 10707 Berlin-Wilmersdorf, alternativ online. Teilnahme kostenfrei, drei Fortbildungspunkte. Anmeldung und Auskünfte beim Veranstalter: Arbeitskreis für Psychotherapie e. V., E-Mail: [arbeitskreis@gmx.net](mailto:arbeitskreis@gmx.net). Freitag, 15. März 2024

Freitag, 21. Juni 2024

Arbeitskreis für Psychotherapie: Intervention (zertifiziert) für psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen und Psycholog:innen.  
Wissenschaftliche Leitung: Dr. Isabel Schnabel, Beginn um 20 Uhr, Ort: Wenn möglich in Präsenz in den Räumen des BIPP, Arbeitskreis für Psychotherapie e. V., Pariser Str. 44, 10707 Berlin-Wilmersdorf, alternativ online. Teilnahme kostenfrei, drei Fortbildungspunkte, jeden dritten Freitag im Monat. Anmeldung und Auskünfte beim Veranstalter: Arbeitskreis für Psychotherapie e. V., E-Mail: [arbeitskreis@gmx.net](mailto:arbeitskreis@gmx.net).

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

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



Elton Becher  
[elton.becher@bevell.de](mailto:elton.becher@bevell.de)  
030 166 361 9116  
[www.bevell.de](http://www.bevell.de)

**IHR TRAUM, UNSERE EXPERTISE: GEMEINSAM ERFOLGREICH!**

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






20. – 30. August 2024

**GRUPPENDYNAMISCHE FORTBILDUNG IN PAESTUM (SÜDITALIEN) Selbsterfahrung in Gruppen – tiefenpsychologisch und analytisch | 20. – 30. August 2024 „Liebe, Glück und freundschaftliche Beziehungen“**

Leitung: Prof. Dr. Dipl.-Psych. Maria Ammon, Dipl.-Psych. Ruth Lautenschläger, Dipl.-Psych. Cornelia Weiß  
Kosten: 600,00 € | 400,00 € PAs | 300,00 € 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 u. Anmeldung: [www.dapberlin.de](http://www.dapberlin.de), Tel.: 030-313 28 93, [ausbildung@dapberlin.de](mailto:ausbildung@dapberlin.de)

**Immobilienangebot**

Praxisraum (21,58 m<sup>2</sup>) z.B. an FA/FÄ für Psychiatrie mit KV-Zula oder an Psychotherapeut/in in gr. Neurologiepraxis in zentraler Lage (B.-Kreuzberg) mit anteiliger Nutzung von Wartezimmer, Küche etc. zu vermieten.  
[praxis.neuro@posteo.de](mailto:praxis.neuro@posteo.de)

Heller Praxisraum (15m<sup>2</sup>) in Fabriketage zu vermieten. Unsere Gemeinschaftspraxis befindet sich in ruhiger Lage in Weißensee (an der Grenze zu Prenzlauer Berg). Gesamtfläche 150 m<sup>2</sup>, es gibt 5 Behandlungsräume, 2 Toiletten, Wartebereich, Aufenthaltsraum mit Küche und Sitzmöglichkeiten. Alle Räume verfügen über große Fenster.

Kontakt: 030/30133588  
[Psychotherapie-wilcke@gmx.de](mailto:Psychotherapie-wilcke@gmx.de)

Happy roomsharing! Biete einen großen, ruhigen Praxisraum in Steglitz zur Untermiete, entweder stundenweise oder für 2-3 Tage/Woche. Für Therapie oder Gutachten. Dr.Reetz-Kokott@web.de

**Stellenangebote**

**Facharzt/ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie w/m/d** Wir suchen ab sofort eine/n FÄ/ FA für Psychiatrie und Psychotherapie für ein MVZ in Berlin-Lichterfelde in attraktiver Lage, in Teilzeit leistungsgerechte Vergütung, hohes Maß an selbstständiger Arbeit. Bewerbung bitte per E-Mail: [praxis@mvz-lio-berlin.de](mailto:praxis@mvz-lio-berlin.de)

**Augenheilkunde  
Facharzt (w/m/d)**

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

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

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



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

MVZ in Charlottenburg mit ambulanter und teilstationärer Versorgung sucht FÄ/FA f. Psychosomatische Med. u. Psychoth. zur Anstellung im Umfang von 25 Stunden für eine abwechslungsreiche Tätigkeit. Wir bieten ein multiprofessionelles Team und angenehme Konditionen. Kontakt bitte unter der E-Mail: [versorgungszentrum@web.de](mailto:versorgungszentrum@web.de)

Inhabergeführtes MVZ in Berlin-Spandau sucht FA f. Orthopädie/Unfallchirurgie (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit. OA-Erfahrung wünschenswert (keine Bedingung), leistungsgerechte Vergütung, vertraulicher Kontakt. Tel.: 01522/1959949, [limonade@gmx.de](mailto:limonade@gmx.de)

FÄ/FA für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin zur Anstellung in VZ zum 1.7.2024 für meine Zweigpraxis in Schöneide/Schnellerstraße gesucht. Nahe S-Bahn Schöneide. Ich freue mich über Bewerbungen per E-Mail: [praxis.thumm-soehle@gmx.de](mailto:praxis.thumm-soehle@gmx.de)

FA (m/d/w) für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin. Etabliertes MVZ in Berlin Treptow-Köpenik, attraktives Gehalt mit ausgezeichnetem Work-Life-Balance. E-Mail: [jobs@bermed.de](mailto:jobs@bermed.de)/  
[www.bermed.de](http://www.bermed.de)

FA (m/w/d) für Allgemein- oder Innere Medizin in Anstellung (Voll- oder Teilzeit) für die hausärztliche Versorgung gesucht! Ein kollegiales fachübergreifendes Team (Kardiologen/Pneumologen) freut sich auf Sie! Flexible familienfreundliche AZ. MVZ Herzpraxis Berlin; Schloßstraße 40; 12165 Berlin; z.Hd. Renate Wiesemann oder an [info@herzpraxisberlin.de](mailto:info@herzpraxisberlin.de)

Wir suchen zum 1.6.2024 FA/FÄ für Allgemeinmed. o. Innere für 20-32h/Woche, flexible, familienfreundliche Arbeitszeiten. Wir sind ein fröhliches, aufgeschlossenes Team in Berlin-Köpenick und decken das breite Spektrum der hausärztlichen Versorgung ab. SonoKenntnisse wünschenswert, aber nicht Bedingung. [info@hausarzt-aign.de](mailto:info@hausarzt-aign.de) und/oder Telefon 0171-2677807

**Praxisabgabe**

**Gynäkologie Steglitz-Zehlendorf**

Ertragreicher BAG-Anteil abzugeben  
[eberling@pfc-online.de](mailto:eberling@pfc-online.de), 0170-5854871

Praxis für Neurologie in Charlottenburg abzugeben. Kontakt: [versorgungszentrum@web.de](mailto:versorgungszentrum@web.de)

**Moderne und umsatzstarke Praxis f. Urologie (beste Lage) abzugeben**

(u.a. Urologie, medikamentöse Tumorthherapie, spezielle urol. Chirurgie, Andrologie) [urologiepraxis@gmx.net](mailto:urologiepraxis@gmx.net)

**Gut eingeführte Privatpraxis für Frauenheilkunde in Berlin-Wilmersdorf zu Ende 2024 abzugeben.**

E-Mail: [sebastian.kranert@mlp.de](mailto:sebastian.kranert@mlp.de),  
Tel. 030 88 92 624

**Kooperation**

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

Sie möchten auch eine  
Kleinanzeige schalten?

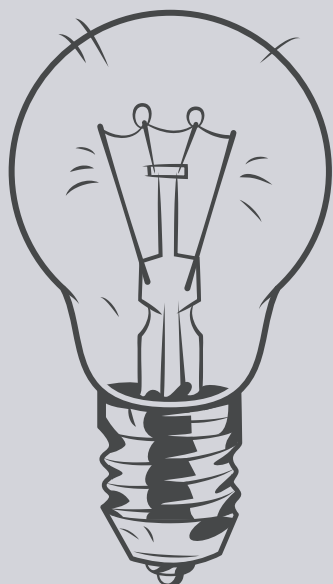
Schicken Sie uns eine E-Mail  
an [kvb@koellen.de](mailto:kvb@koellen.de)

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

## 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](mailto:chiffre@koellen.de)

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

## Impressum

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

### Herausgeber:

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

### Redaktionskonferenz:

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

### Hinweis der Redaktion:

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

### Redaktion:

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

### Satzbearbeitung und Layout:

Köllen Druck+Verlag GmbH  
[www.koellen.de](http://www.koellen.de)

### Druck:

Köllen Druck+Verlag GmbH  
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14  
53117 Bonn  
[www.koellen.de](http://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](mailto:kvb@koellen.de), [www.koellen.de](http://www.koellen.de)

### Anzeigendisposition:

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

### Redaktionsschluss:

4/2024 (Juli/August): 31.05.2024  
5/2024 (Sept./Okt.): 31.07.2024

### Meldeschluss Kleinanzeigen/Termine:

4/2024 (Juli/August): 07.06.2024  
5/2024 (Sept./Okt.): 31.07.2024

### Buchungsschluss Anzeigen:

4/2024 (Juli/August): 31.05.2024  
5/2024 (Sept./Okt.): 02.08.2024

### Bankverbindung für Anzeigen:

Commerzbank Bonn  
DE38 3804 0007 0342 8000 00  
BIC: COBADEFF380

### Vertrieb:

KV Berlin, Adresse des Herausgebers

### Bezahlte Beilagen:

FREY ADV

### Titel: AdobeStock

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

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

ISSN 0945-2389 /  
71. Jahrgang

# AUZUG SEMINAR-PROGRAMM 2024

ONLINE 

## PVSforum

FORTBILDUNGSINSTITUT

bayern  
berlin-brandenburg-hamburg  
rhein-ruhr

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

### GOÄ-GRUNDLAGEN für alle Fachrichtungen

<b>GOÄ-Grundlagen – Teil 1/3</b> » rechtliche Grundlagen	07.05. (Di)	13:00 - 14:30	F31
	21.05. (Di)	13:00 - 14:30	F35
	04.06. (Di)	13:00 - 14:30	F39
<b>GOÄ-Grundlagen – Teil 2/3</b> » GOÄ-Begriffe GOÄ-Nummern Abschnitt B	14.05. (Di)	13:00 - 14:30	F32
	23.05. (Do)	13:00 - 14:30	F37
	06.06. (Do)	13:00 - 14:30	F41
<b>GOÄ-Grundlagen – Teil 3/3</b> » GOÄ-Nummern verschiedener Leistungsbereiche	16.05. (Do)	13:00 - 14:30	F34
	28.05. (Di)	13:00 - 14:30	F38
	11.06. (Di)	13:00 - 14:30	F42

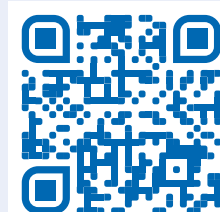
### GOÄ FÜR FACHRICHTUNGEN

Allgemeinmedizin/ Innere Medizin (Hausärzte)	26.06. (Mi)	15:00 - 18:30	F45
Dermatologie	24.05. (Fr)	15:30 - 18:30	B13
Gynäkologie	19.06. (Mi)	15:00 - 18:30	F44
HNO-Heilkunde	15.05. (Mi)	15:00 - 18:30	F33
Kardiologie	03.07. (Mi)	15:30 - 18:30	B15
Radiologie	05.06. (Mi)	15:00 - 18:30	F40

## ANMELDUNG & INFORMATION

» ALLE SEMINARE  
pvs-forum.de/seminare

scannen &  
anmelden



FORTBILDUNGS-  
KOOPERATION



**HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG (B24)**

15.05. (Mi)

16:00 – 19:00 Uhr

PRÄSENZ 

Ort: TGZ Schwerin

Hagenower Straße 73, 19061 Schwerin

Teilnahmegebühr (inkl. USt.): 195 €

### BG-ABRECHNUNG

19.06. (Mi) 15:30 - 18:30 B14

### GOÄ-WAHLLLEISTUNGEN & AMBULANTE ABRECHNUNG

27.06. (Do) 13:00 - 15:00 B4

### TEILNAHME-GEBÜHREN (inkl. USt.)

GOÄ-Grundlagen, je Teil: 75 €

GOÄ für Fachrichtungen,  
BG-Abrechnung und  
GOÄ-Wahlleistungen &  
ambulante Abrechnung:

150 €

## Masterclass Neugründung

Nach dieser Masterclass hast du einen individuellen Fahrplan für deine neue Praxis. Du überblickst die wesentlichen Bausteine für deinen Businessplan und kennst relevante Partner, die dich in die Selbständigkeit begleiten.

On top lernst du erprobte Strategien kennen, um Mitarbeitende zu finden, zu binden und zu motivieren. Außerdem bekommst du wirksame Werkzeuge für die Teambildung an die Hand.



Starte gelassen in deine berufliche Zukunft –  
Anmeldung bis zum 23. Mai 2024.

**Samstag, 25. Mai 2024**

**10:00 bis 15:00 Uhr**

**Veranstaltungsort: Berlin-Wannsee**

Kooperationspartner:

**pvs»reiss**

**Jetzt kostenlos anmelden  
(begrenzte Teilnehmerzahl):**

**[heilberufe@berliner-sparkasse.de](mailto:heilberufe@berliner-sparkasse.de)**



**Berliner  
Sparkasse**