



03/2025 · Mai Juni

BLATT

Mitgliedermagazin der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin



Frauen im Gesundheitswesen

Die treibenden Kräfte der Versorgung

Vertreterversammlung

Bericht von der
Sitzung im Februar

Long-COVID

Neue
Abrechnungsziffern

KJ-KSVPsych-RL

Vergütung
geregelt

CGMone | DokuAssistent

Die KI, die Ihre medizinische Doku perfektioniert.

Erweitern Sie Ihr CGM ALBIS um smarte Module von CGM one.

Der CGM one DokuAssistent dokumentiert und protokolliert Patientengespräche in Echtzeit und liefert eine strukturierte Zusammenfassung, damit Sie sich ganz auf den Menschen vor Ihnen konzentrieren können.

Der KI-Assistent ...

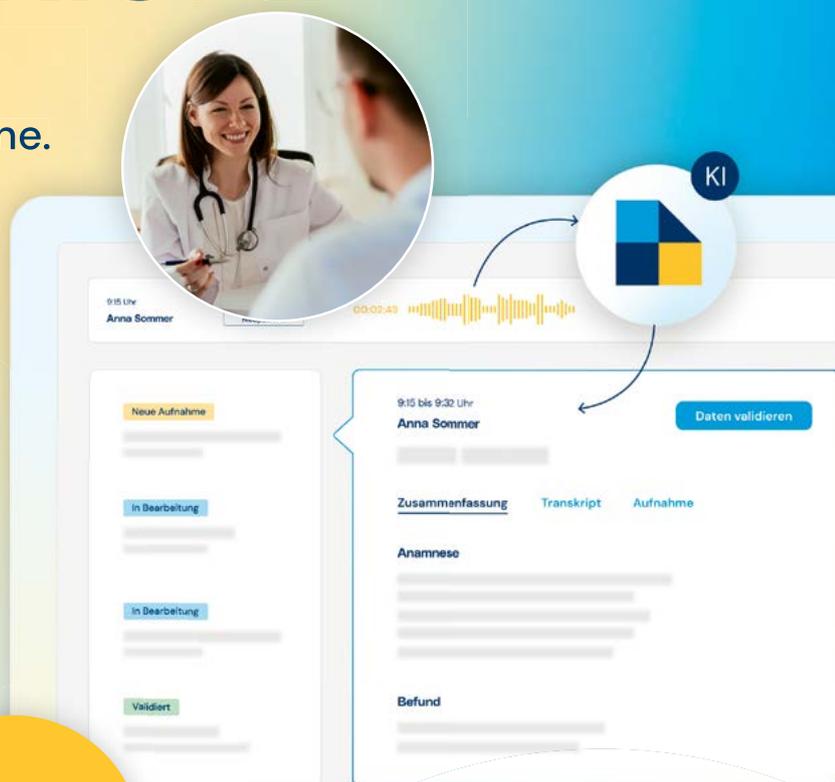
- ✓ versteht medizinische Zusammenhänge.
- ✓ filtert irrelevante Inhalte zuverlässig heraus.
- ✓ sorgt für weniger Multitasking und mehr Blickkontakt während der Sprechstunde.
- ✓ wurde gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten entwickelt.

als **Stand-alone-Lösung** nutzbar



Weitere Informationen und Module auf one.cgm.com

CGMCOM-28899_ALB_0325_LBR



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

✓ SYMPATHISCH
✓ FAIR UND ZUVERLÄSSIG
✓ ERFOLGREICH

DOS GmbH
Seit 1979 **DOS**

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

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

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

Ernüchterung macht sich breit

Kurz vor Druck dieser Ausgabe haben CDU/CSU und SPD ihre Verhandlungen zur Bildung einer neuen Regierung abgeschlossen und einen Koalitionsvertrag vorgelegt. Die Zeit für eine detaillierte Analyse ist zu knapp, aber ein kurzer Blick in die Koalitionsvereinbarung zeigt: wenig Licht und viel Schatten. Insgesamt ist es wieder einmal enttäuschend, was der Gesetzgeber im Bereich der Gesundheitspolitik anstrebt.

So wird das Ziel formuliert, die Finanzsituation zu stabilisieren und eine weitere Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zu vermeiden. Der Beitrag soll langfristig gefestigt werden. Dazu, wie dies erfolgen soll, schweigt sich der Vertrag aus. Wie immer in solchen Fällen wird das Problem in eine Expertenkommission verlagert, die Anfang 2027 Maßnahmen vorschlagen soll. Die in der Entwurfsfassung der Arbeitsgruppe vorgesehene Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln ist nicht mehr enthalten. Gleichzeitig heißt es, dass das hohe Niveau der Leistungen erhalten bleiben soll, aber die Kosten auf der Ausgabenseite reduziert werden müssen.

Die einzige konkrete Entlastung für die Krankenkassen ist, dass der GKV-Anteil für den Transformationsfonds für Krankenhäuser aus dem Sondervermögen Infrastruktur finanziert werden soll. Ob dies Sinn und Zweck des Sondervermögens ist, das ja kein Vermögen ist, sondern eine riesige Verschuldung darstellt, ist fragwürdig.

Eingeführt werden soll laut Koalitionsvertrag ein verbindliches Primärarztsystem mit Haus- und Kinderarzt. Ob dies in dieser Form sinnvoll ist, kann bezweifelt werden. Besser erscheint mir der Vorschlag der Ersatzkassen, nachdem sich ein Versicherter ein Arztteam von 3 bis 4 Ärzten auswählt. Warum ein Rheumatiker zuerst zum Hausarzt muss oder ein Asthmatiker nur mit Überweisung den Pneumologen aufsuchen kann, ist nicht nachvollziehbar. Das Problem wurde aber offensichtlich erkannt, denn man will geeignete Lösungen erarbeiten, nach denen Chroniker den Facharzt unmittelbar aufsuchen können.

Darüber hinaus sollen die KVen bei festgestelltem Bedarf eine Garantie für den Facharzttermin gewährleisten. Wie dies bei Mengenbegrenzungen im Rahmen der Entbudgetierung umgesetzt werden soll, darüber findet sich im Papier nichts. Abenteuerlich wird es bei dem vorgesehenen Fairnessausgleich zwischen über- und unterversorgten Gebieten. Bei drohender Unterversorgung soll es Zuschläge zum Honorar geben, finanziert aus Abschlägen in überversorgten Gebieten.

Abschließend kann man festhalten, dass in der Gesundheitspolitik alte Pfade beschritten werden: alles wird besser, den Patientinnen und Patienten wird alles versprochen – aber niemand beantwortet die Frage, wie das alles finanziert werden soll.

Ihr

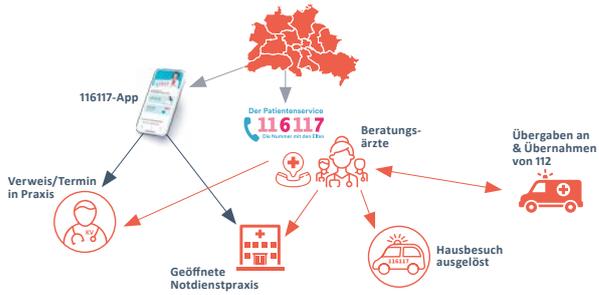
 Günter Scherer
 Vorstandsmitglied der KV Berlin



Foto: Yves Sucksdorff

„Ein kurzer Blick in die Koalitionsvereinbarung zeigt: wenig Licht und viel Schatten.“

Inhalt



24

Patientensteuerung

Patienten effektiv koordinieren: Wie könnte eine sinnvolle Patientensteuerung gelingen? Und wie machen es andere Länder in Europa?

32

Titelthema

Frauen im Gesundheitswesen: Ärztinnen und Psychotherapeutinnen sind die tragenden Pfeiler des Gesundheitswesens. Das wirkt sich positiv auf die Versorgung aus. Dennoch gibt es weiterhin viele Herausforderungen zu meistern.



44

Laboratoriumsmedizin

Teil 7 der Serie zu den Laborpfaden als Entscheidungshilfe in der Praxis. Dieses Mal: rheumatoide Arthritis



54

MFA-Serie

Teil 3 der Serie
für Medizinische Fachangestellte



60

Schutz von Pflegebedürftigen

Nachbericht zum 12. Treffen des Netzwerks
Gewaltfreie Pflege



Aus der KV

- 06 Auf einen Blick
- 08 Bericht über die VV am 27. Februar 2025
- 12 VV-Klausur auf Schloss & Gut Liebenberg
- 14 Gestationsdiabetes: Verhandlungen dauern an
- 16 Honorarbericht für das Quartal 3/2024
- 21 Praxis-Honorarbericht
- 22 Hybrid-DRG-Abrechnung
- 26 Patientensteuerung: Pro und Contra
- 28 Neue Abrechnungsziffern zu Long-COVID

Politik

- 30 Cannabisgesetz

Titel

- 32 Frauen im Gesundheitswesen

Für die Praxis

- 42 Sie fragen. Wir antworten!
- 44 Laborpfade: Teil 7
- 48 Fallwerte beim Wirtschaftlichkeitsbonus angepasst
- 50 Neues zur ePA
- 52 Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche
- 54 Teil 3 der MFA-Serie
- 56 Organspende
- 58 Wundversorgung

Verschiedenes

- 60 Netzwerk Gewaltfreie Pflege
- 62 Neu anerkannte Qualitätszirkel

Kleinanzeigen

- 64 Termine & Anzeigen
- 66 Impressum

Auf einen Blick



Im April 2025 waren in Berlin

56 Arztsitze

in 15 Fachbereichen
ausgeschrieben – mit

23 Arztsitzen

die meisten in der hausärztlichen
Versorgung.

In der gesonderten
fachärztlichen Versorgung
sind

465

Personen

tätig – mit einer Anzahl von
98 sind die meisten
Laborärzt:innen.

(Stand: Bedarfsplan 7/2024)





Im 3. Quartal 2024
wurden beim elektronischen
Honorarfestsetzungsbescheid

**1.340
Bescheide**

mit insgesamt

21.534 Seiten
abgerufen.



Die Psychotherapeut:innen
sind sowohl in der
Altersgruppe der bis

34-Jährigen

als auch in der
Altersgruppe der über

65-Jährigen

am stärksten vertreten.

(Stand: Bedarfsplan 7/2024)

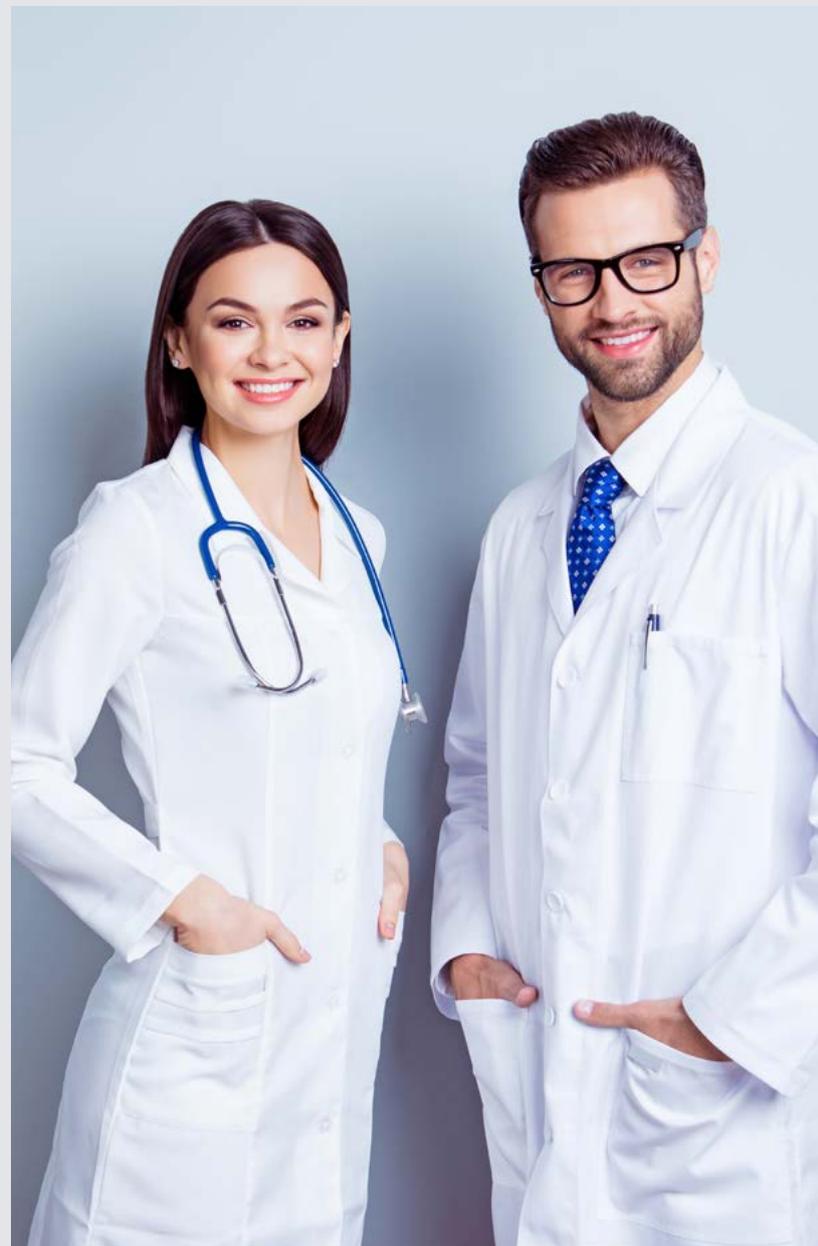
Bei den Frauen sind

38 Prozent

mit einem halben
Versorgungsumfang tätig,
bei den Männern
sind es

25 Prozent.

(Stand: Bedarfsplan 7/2024)



Vertreterversammlung am 27. Februar

KV Berlin fordert Reformen im Gesundheitsbereich

Die Ergebnisse der vorgezogenen Bundestagswahl beschäftigten die erste Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin im Jahr 2025. Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorsitzende der KV, forderte mit Blick auf den Gesundheitsbereich grundlegende Maßnahmen, darunter mehr Patientensteuerung. Einem Sparkurs bei den niedergelassenen Ärzten sowie Forderungen nach mehr Sprechstundenzeiten erteilte sie hingegen eine Absage.



Fotos: KV Berlin

Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin, betrachtet den Ausgang der vorgezogenen Bundestagswahl mit Sorge.

Wer an der ambulanten Medizin spart, spart an der falschen Stelle“, sagte Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorsitzende der KV Berlin, in ihrem Bericht für die Vertreterversammlung. Sie reagierte damit auf die Debatte um Sparmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung. So hatte die AOK vorgeschlagen, im

Bereich der niedergelassenen Ärzte die Entbudgetierung von Haus- und Kinderärzten zu streichen. Doch nur 16 Prozent der GKV-Ausgaben entfallen, so die stellvertretende KV-Chefin, auf den ambulanten Bereich. Solche Aussagen führten bei den Vertragsärzten nur zu Verdrossenheit. Mit Blick auf die Ergebnisse der Bundestagswahl stellte sie eine grundlegende Frage an die Vertre-

terversammlung: „Wie konnte es eigentlich passieren, dass mehr als jeder fünfte Wähler kein Vertrauen mehr in die Demokratie hat, im Osten sogar mehr als jeder dritte?“

Mehr Wertschätzung

Als Gründe für den Vertrauensverlust sieht die Gynäkologin Versäumnisse in der Bildungs- und

Gesundheitspolitik. In den Schulen müsse mehr politische Bildung erfolgen. Im Gesundheitsbereich seien hingegen dringende grundlegende Reformen notwendig: neben einer besseren Patientensteuerung (siehe Seite 24) und einer stabilen Finanzierungsgrundlage, mehr Wertschätzung für die Arbeit im ambulanten Bereich, eine Stärkung der Gesundheits- und Gesundheitssystemkompetenz und die Entbürokratisierung des Gesundheitswesens. Gerade mit Blick auf die erste Forderung bezeichnete sie die Debatte um mehr Sprechstundenzeiten als „Augenwischerei, um die eigentlichen Probleme nicht angehen zu müssen“. Stattdessen mahnte sie eine intelligente Patientensteuerung von Akut- und Notfällen an. „Wenn es nicht genug Termine für die wirklich Kranken gibt, sinkt das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitssystem“, erklärte sie. Das Ergebnis spüre man bei Bundes- und Landtagswahlen. Außerdem gehe wertvolle Arzt- und Behandlungszeit verloren.

Patientensteuerung notwendig

Aber auch außerhalb von Akut- und Notfällen braucht es eine sinnvolle Patientenkoordination innerhalb des KV Systems. Dabei kritisierte sie Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung: Es müsse erlaubt sein, zu fragen, „ob es sinnvoll ist, eine durch das SGB V legitimierte privatwirtschaftlich organisierte unkontrollierte Patientensteuerung, die letztlich zulasten der im System verbleibenden Leistungserbringenden finanziert wird, weiter auszubauen“ (siehe Seite 26 bis 27).

Momentan beschäftigt die KV Berlin auch die Debatte rund um die Versorgung der Schwangeren mit Gestationsdiabetes. Die Betreuung dieser Schwangeren durch spezialisierte Diabetologinnen wurde im Rahmen eines seit 2003 bestehenden Vertrages mit den Krankenkassen sichergestellt. „Zum Ende des vergangenen Jahres kündigten die Krankenkassen jedoch diesen Vertrag“, erklärte die stellvertre-

tende KV-Chefin. Nur mit der AOK Nordost bestehe ein Selektivvertrag mit einer guten Versorgung für Gestationsdiabetikerinnen. Die KV sowie der Berufsverband Niedergelassener Diabetologen seien aktuell in Verhandlungen mit den Kassen (siehe Seite 14).

Schließlich schaute die stellvertretende KV-Vorsitzende auf die aktuellen Entwicklungen im Ukraine-Krieg. Diese würden die Bundesrepublik zum Umdenken zwingen. So bereiteten sich die Institutionen bereits auf Krisen- und Katastrophenszenarien vor. Hierbei sei die Rolle und die Aufgaben der Niedergelassenen im Ernstfall zu klären.

Wichtige Maßnahmen seien aus Sicht der KV Berlin, unter anderem eine enge Abstimmung mit Ärztekammer, Senatsverwaltung und Krankenhausgesellschaft. Zudem seien auf Basis von Szenarien Behandlungsbedarfe zu ermitteln und „anschließend ärztliche und psychotherapeutische Einsatzmöglichkei-

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

ten herauszuarbeiten“, erklärte Dr. Christiane Wessel.

Wie die stellvertretende KV-Chefin, schaute auch Dr. Gabriela Stempor, Vorsitzende der VV, ähnlich besorgt auf auf das Thema Wahlen. In den USA hätten die Menschen einen neuen und alten Präsidenten gewählt. Welche Politik Donald Trump verfolge, sei mit der Rede des US-amerikanischen Vizepräsidenten James David Vance auf der Münchener Sicherheitskonferenz deutlich geworden. Zeitgleich zur Wahl von Donald Trump zerbrach in Deutschland die Ampel-Regierung. „Glücklicherweise verabschiedete der Bundestag Ende Januar das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz und beschloss damit die Entbudgetierung der Hausärzte“, sagte die VV-Vorsitzende.

Ambulante Versorgung stärken

Ebenso „schockiert“ zeigte sie sich über das Abschneiden der AfD. Laut ihrer Meinung bedarf es einem entschiedenen Eintreten für Demokratie und Vielfalt. Die KV Berlin jedenfalls „wird auch weiterhin alles tun, um die ambulante Versorgung sicherzustellen“. Darauf würden sich die Menschen in Berlin verlassen, „denn auch damit stärken wir das Vertrauen in die Demokratie.“ Die anstehenden Koalitionsverhandlungen zwischen Union und SPD solle man genau beobachten und sich bei Bedarf „bezüglich unserer Forderungen Gehör verschaffen“.

KV-SERVICE-CENTER

service-center@kvberlin.de

www.kvberlin.de

030/31 003-999

Sprechzeiten:

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

Außerdem wies die VV-Vorsitzende auf die Klausurtagung 2025 hin. Diese findet am Freitag und Samstag, 4. bis 5. April, auf Schloss und Gut Liebenberg statt (siehe Seite 12). Der Umbau des Tagungsraums in der KV verschiebt sich, sodass die Vertreterversammlungen im Mai und Juli noch in der KV Berlin stattfinden. „Nach aktuellem Stand benötigen wir erst nach der Sommerpause die Räumlichkeiten in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“, erklärte Dr. Gabriela Stempor.

Eine Neuheit stellten die neuen TED-Abstimmungsgeräte dar, die bei dieser Versammlung zum ersten Mal bei der Abstimmung zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zum Einsatz kamen. An dieser Stelle berichtete Dr. Markus Jäckel, Hauptabteilungsleiter Abrechnung und Honorarverteilung, über inhaltliche und redaktionelle Änderungen verschiedener Paragraphen des derzeit gültigen HVM. Mit Blick auf die Gastroenterologie schaffe man, laut Jäckel, nach Rücksprache mit dem Berufsverband der Gastroenterologen, ein besonderes Verteilungsvolumen (BVV). Der Grund ist ein Beschluss des Bewertungsausschusses, der die Leistungen der Kapselendoskopie – Gebührenordnungsposition 13425 und 13426 – in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Gegenwärtig „werden die Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen vergütet“, erklärte Dr. Markus Jäckel. Die Anwesenden stimmten, mit ein paar Enthaltungen, allen Beschlussempfehlungen des Honorarverteilungsausschusses mithilfe der neuen TED-Geräte zu.

Honorarübersicht

Abschließend stellte Dr. Jäckel den Praxis-Honorarbericht (PHB) vor. Der Bericht liefert Kennzahlen, unter anderem Auszahlungsquote und Durchschnittshonorar. Die Anmeldung zum PHB sei nur für

Praxen möglich, so Jäckel, die sich erfolgreich für den elektronischen Honorarfestsetzungsbescheid (eHFB) registriert haben. „Leistungserbringenden, die bereits schon Bezieher des eHFB sind, wird die KV jetzt schon den Praxis-Honorarbericht zukommen lassen“, erklärte Dr. Jäckel. Derzeit sei man hierzu im Austausch mit dem IT-Bereich. „Wir arbeiten mit Hochdruck daran, dass es möglich ist, diesen Bericht vielleicht schon zusammen mit den Honorarunterlagen im vierten Quartal zur Verfügung zu stellen“, sagte Dr. Markus Jäckel abschließend (siehe Seite 20).

Norbert Schein, Hauptabteilungsleiter Verträge und Recht, informierte in seinem Vortrag über redaktionelle Änderungen im Sicherstellungsstatut. Außerdem sollen die Ausführungsbestimmungen zur Gewährung von Fördermitteln durch den Vorstand beschlossen werden. Grund sei eine „flexiblere und schnellere Anpassung der Ausführungsbestimmungen bei Auffälligkeiten für die alltägliche Bearbeitung“, erklärte er. Auch an dieser Stelle stimmten die Anwesenden, bis auf wenige Enthaltungen, für die Änderungen. Zum Schluss appellierte Dr. Christiane Wessel an die politischen Entscheidungsträger: „Ein ‚Weiter so!‘ darf es auf keinen Fall geben“, sagte sie und formulierte damit eine grundlegende Forderung des gesamten Vorstands der KV Berlin.

Die nächste Vertreterversammlung der KV Berlin findet am Donnerstag, 22. Mai, in den Räumlichkeiten der Hauptstadt-KV statt. set

Alle Beschlüsse der Vertreterversammlung



Achtung!

Warnung vor E-Mail-Betrug

Aus aktuellem Anlass warnt die KV Berlin vor Betrugsversuchen per E-Mail. In den vergangenen Wochen wurden E-Mails mit gefälschtem Absender der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) versendet. Die Mails enthalten Anschreiben und Rechnung und richten sich unter anderem an Arztpraxen. Bitte beachten Sie grundsätzlich:

- **Vorsicht bei unbekanntem Absender:** Öffnen Sie E-Mails nur von vertrauenswürdigen Quellen. Misstrauen Sie E-Mails von unbekanntem Absendern, insbesondere wenn diese Anhänge oder Links enthalten.
- **Prüfen Sie die E-Mail-Adresse:** Achten Sie auf verdächtige E-Mail-Adressen, die nur leicht von legitimen Adressen abweichen, zum Beispiel durch kleine Tippfehler. Betrüger verwenden oft E-Mail-Adressen, die den echten sehr ähnlich sehen.
- **Geben Sie keine persönlichen Daten weiter:** Geben Sie niemals persönliche oder finanzielle Informationen wie Passwörter, Bankdaten oder Kreditkarteninformationen per E-Mail preis. Seriöse Unternehmen fordern diese Informationen nicht per E-Mail an.
- **Achten Sie auf Grammatik und Rechtschreibung:** Betrügerische E-Mails enthalten oft Grammatik- oder Rechtschreibfehler. Wenn eine E-Mail unprofessionell wirkt, ist Vorsicht geboten.

Anzeige

BUSSE & MIESSEN

Uwe Scholz
Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht

Sebastian Menke, LL.M.
Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht

Dr. jur. Ronny Hildebrandt
Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. jur. Stephan Südhoff
Rechtsanwalt und Notar

Florian Elsner
Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. jur. Nils Willich
Rechtsanwalt

Daniel Volmer
Rechtsanwalt

busse-miessen.de

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



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

Kontakt Berlin
Kurfürstendamm 63
10707 Berlin

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

VV-Klausur auf Schloss & Gut Liebenberg

Politik, Frühling und Digitalisierung

Von Freitag bis Samstag, 4. bis 5. April, trafen sich die Mitglieder der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin gemeinsam mit dem KV-Vorstand sowie den Hauptabteilungsleitern der KV auf dem Schloss und Gut Liebenberg zur jährlichen Klausurtagung.

Der erste Klausurtag stand unter dem Thema „Zukunft der ambulanten Versorgung – Erwartungen an die neue Bundesregierung“. Die Eingangsstements unserer Gäste,

die die unterschiedlichen Perspektiven auf die kommenden Herausforderungen im Gesundheitswesen beleuchteten, ebneten den Weg für eine konstruktive Diskussionsrunde mit den Teilnehmenden der

Vertreterversammlung. Prof. Dr. Leonie Sundmacher von der Technischen Universität München, Ellen Haußdörfer, Staatssekretärin für Gesundheit und Pflege, Dr. Sabine Richard, Geschäftsführerin Versor-



Fotos: KV Berlin

Anfang April trafen sich die Mitglieder der Vertreterversammlung der KV Berlin sowie der Vorstand und die Hauptabteilungsleiter der Hauptstadt-KV auf dem Schloss und Gut Liebenberg, um mit Gastreferenten über Patientensteuerung und Digitalisierung zu sprechen.



Dr. Burkhard Ruppert (M.), Vorstandsvorsitzender der KV Berlin, sprach mit den Klausurteilnehmenden über Integrierte Versorgung.

gung beim AOK-Bundesverband, und Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, gingen auf Themen wie Patientensteuerung, Gesundheitsversorgung und der finanziellen Grundlage der gesetzlichen Krankenkassen ein. Die Darstellung der unterschiedlichen Sichtweisen und deren

Hintergründe erlaubte nicht nur die Nachvollziehbarkeit der jeweiligen Argumentationen. Sie ermöglicht auch die konstruktive Erarbeitung eines anzuerkennenden Forderungskatalogs der KV Berlin an die Politik. Dieser soll in der nächsten Sitzung der Vertreterversammlung verabschiedet werden.



Empfangen die VV-Klausur als bereichernd: Dr. Christiane Wessel (l.), stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin, und Susanne Hemmen, Geschäftsführerin der KV Praxis Berlin GmbH.

Digitale Neuheiten in Arztpraxen

Der zweite Klausurtag widmete sich dem Thema Digitalisierung. Dr. Christiane Wessel, stellvertretende KV-Vorstandsvorsitzende, und die Digital-Health-Referentinnen der KV Berlin gaben einen Einblick in die zukünftigen digitalen Neuerungen für Arztpraxen und die daraus resultierenden Chancen und möglichen Herausforderungen. Im Anschluss folgte ein Workshop mit dem Vorstand sowie den Mitgliedern und Mitarbeitenden der KV Berlin. Darin erarbeiteten die Teilnehmenden, wie die KV Berlin die Digitalisierung der Praxen gezielt unterstützen und begleiten kann. Zudem wurden die Erwartungen und Herausforderungen der Teilnehmer im Hinblick auf die Nutzung von KI-unterstützten Systemen im Praxisalltag diskutiert. Mit neuen Eindrücken, wertvollem Feedback und klar definierten Zielen gehen wir nun in die konkrete Erarbeitung und Umsetzung einer Strategie für die Mitglieder der KV Berlin.

kw



Patientensteuerung, Gesundheitsversorgung, Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen – darüber diskutierten und referierten (v. l. n. r.) Dr. Bernhard Gibis, Leiter Dezernat Sicherstellung und Versorgungsstruktur der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Gabriela Stempor, Vorsitzende der Vertreterversammlung, Ellen Haußdörfer, Staatssekretärin für Gesundheit und Pflege, Dr. Sabine Richard, Geschäftsführerin Versorgung beim AOK-Bundesverband und Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse.



Einseitige Aufkündigung der GDM-Verträge

Wer behandelt zukünftig Schwangerschaftsdiabetes in Berlin?

Zum 31. Dezember 2024 haben die meisten Krankenkassen in Berlin ihren Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin zur Versorgung von Schwangeren mit Gestationsdiabetes gekündigt. Die Verhandlungen über einen neuen Vertrag mit den Krankenkassen gestalten sich schwierig.

Gestationsdiabetes ist die häufigste Komplikation während der Schwangerschaft in Deutschland, von der etwa fünf bis zehn Prozent der Schwangeren betroffen sind. Ein erhöhtes Risiko haben insbesondere Schwangere über 30 Jahre oder übergewichtige Patientinnen. Die

Diagnose erfolgt in der Regel zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche durch einen entsprechenden Test bei einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen.

Im Anschluss ist eine umfassende Beratung sowie eine Behandlung in einer diabetologischen Schwer-

punktpraxis erforderlich. Unbehandelt kann Gestationsdiabetes zu einem erhöhten Fruchtwasser-aufkommen führen, was sowohl zu Beschwerden bei der Schwangeren als auch zu einer Frühgeburt führen kann. Weitere Risiken sind Komplikationen während der Geburt, da das Kind durch die Krankheit

schneller wächst und im Mutterleib ungewöhnlich groß wird. Auch nach der Geburt sind sowohl die Mutter als auch das Kind einem höheren Risiko für langfristige Stoffwechselerkrankungen ausgesetzt.

Die spezialisierte Betreuung von Schwangeren mit Gestationsdiabetes war dank eines seit 2003 bestehenden Vertrages zwischen der KV Berlin und den Krankenkassen in Berlin über mehr als 20 Jahre hinweg gewährleistet. In den vergangenen Monaten erreichten die KV Berlin jedoch erste Rückmeldungen von gynäkologischen Praxen, die ihre Patientinnen nicht mehr an diabetologische Praxen vermitteln können.

Behandlung auf Rechnung

Eine Ausnahme bei der Behandlung von Schwangeren mit Gestationsdiabetes stellt die AOK Nordost mit

der Versorgungsleistung „Baby on time“ dar. Bei Schwangeren mit Schwangerschaftsdiabetes, die nicht bei der AOK versichert sind, können die Leistungen im Zusammenhang mit Gestationsdiabetes nur noch im Rahmen einer Kostenerstattung durch die jeweilige Krankenkasse erbracht werden. Die Behandlung erfolgt dann zunächst auf Rechnung. Die verauslagten Kosten können die Patientinnen anschließend bei der jeweiligen Krankenkasse einreichen, um eine Erstattung zu erhalten. Leider akzeptieren einige Krankenkassen dieses Verfahren derzeit nicht, was dazu führt, dass eine lückenlose Versorgung nicht für alle betroffenen Patientinnen gewährleistet werden kann.

Die KV Berlin und der Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e. V. sind seit September 2024 in Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden in Berlin, um durch

eine Anschlussvereinbarung zum gekündigten Vertrag eine adäquate Versorgung von Gestationsdiabetikerinnen weiterhin sicherzustellen. Die KV Berlin und der Bundesverband sind bestrebt, eine zeitnahe Lösung zu schaffen. Ziel ist es, diese hochqualitative ambulante Behandlung mit individueller Betreuung und Beratung der Patientinnen auch weiterhin sicherzustellen. Leider kam es trotz intensiver Bemühungen seitens der KV Berlin bisher (Stand Druckschluss des KV-Blatts) zu keiner Einigung. Zwei gemeinsam mit dem Bundesverband Niedergelassener Diabetologen geplante Verhandlungstermine (zuletzt für Mitte April) wurden von den Vertretern der Krankenkassenverbände in Berlin abgesagt.

Die KV Berlin wird weiterhin zu dem Thema informieren.

Anzeige

Über 30x in Deutschland!

Charlottenburg:	Kantstraße 52
Friedrichshain:	Karl-Marx-Allee 90
Köpenick:	Bahnhofstraße 14
Prenzlauer Berg:	Schönhauser Allee 86
Spandau:	Klosterstraße 33/ Ecke Sedanstraße
Steglitz:	Friedrich-Wilhelm-Platz 9
Tempelhof:	Sachsendamm/ Alboinstraße (Bauhaus, IKEA-Ausfahrt)
Wilmersdorf:	Lietzenburger Straße 53/ Ecke Joachimstaler Straße
Zehlendorf:	Clayallee 351

Mehr Infos unter:
www.jaloucity.de

Außendienst:
030 324 99 82

IHR PROFI FÜR SICHT- UND SONNENSCHUTZ

**Kostenloser Außendienstservice:
Aufmaß und Beratung bei Ihnen vor Ort!**

☎ **030 324 99 82**

Auf alle
Plissees & Duette:

**15%
Rabatt**

- Jalousien
- Rollos
- Plissees
- Lamellenvorhänge
- Markisen



JALOU CITY
www.jaloucity.de

ANZEIGE

Honorarbericht für das Quartal 3/2024

Überschreitungen des Budgets zeigt Auswirkungen

Zum 1. Januar 2024 erfolgte eine Anpassung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) mit einer Kürzung der RLV-Fälle um 10 Prozent und einer Absenkung der finanziellen Mittel für die Vergütung der sogenannten Restquote um 50 Prozent. Welche Auswirkungen hatte diese Maßnahme auf das Honorar? Wie wird die Restquote gebildet? Der Honorarbericht für das dritte Quartal 2024 gibt Antworten.

Leistungen oberhalb des Budgets werden nur mit einer Restquote vergütet. Entsprechend werden Leistungen oberhalb des Budgets deutlich niedriger – in der Regel lediglich mit 10 bis 20 Prozent des Orientierungspunktwerts – honoriert. Dabei wird die Restquote je Versorgungsbereich – für die Haus- und Kinderärzte (hausärztlicher Versorgungsbereich) einerseits sowie für die Fachärzte (fachärztlicher Versorgungsbereich) andererseits – getrennt ermittelt. Mit Wirkung zum 1. Januar 2024 wurden die bereitgestellten Finanzmittel für die Bestimmung der Restquote um die Hälfte reduziert. Dies hatte die Vertreterversammlung auf ihrer Sitzung im November 2023 beschlossen.

Der Grund: Mittels dieser Maßnahme sollte die Überschreitung des Budgets für die Ärzteschaft unattraktiver werden, mit dem Ziel, die Leistungserbringung stärker an die bereitgestellten finanziellen Mittel der Krankenkassen anzupassen. Gleichzeitig sollte aus den freigesetzten finanziellen Mitteln mehr Geld für die Fallwertberechnung zur Verfügung stehen, um durch höhere RLV-Fallwerte den Praxen entsprechend größere RLV-/QZV-Budgets zuweisen zu können.

Welche Auswirkungen hatte die getroffene Maßnahme der Absenkung der Restquoten im hausärztlichen Versorgungsbereich?

Bemerkenswerterweise ist trotz dieser Maßnahme der Anteil der Praxen, die ihr zugewiesenes hausärztliches RLV/QZV-Volumen überschreiten, um 8,5 Prozent angestiegen. Dabei erhöhte sich die Summe der abgerechneten Leistungen oberhalb des Budgets im dritten Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal um knapp 7 Millionen Euro an. 1.441 und damit 84 Prozent der abrechnenden Praxen (für den hausärztlichen Bereich) haben im dritten Quartal das zugewiesene Budget nicht eingehalten. Umgekehrt haben lediglich 273 hausärztliche Praxen ihr RLV-/QZV-Budget unterschritten, was im Vergleich zum Vorjahresquartal einen Rückgang von rund 36 Prozent darstellt.

Vor allem die deutliche Leistungssteigerung oberhalb des Budgets wirkt sich negativ auf die Restquote aus. Diese Quote fällt im Vergleich zu den Vorjahresquartalen geringer aus; sie liegt bei 6,7 Prozent und damit deutlich unterhalb der Restquote der Fachärzte. In der Regel liegt die Restquote

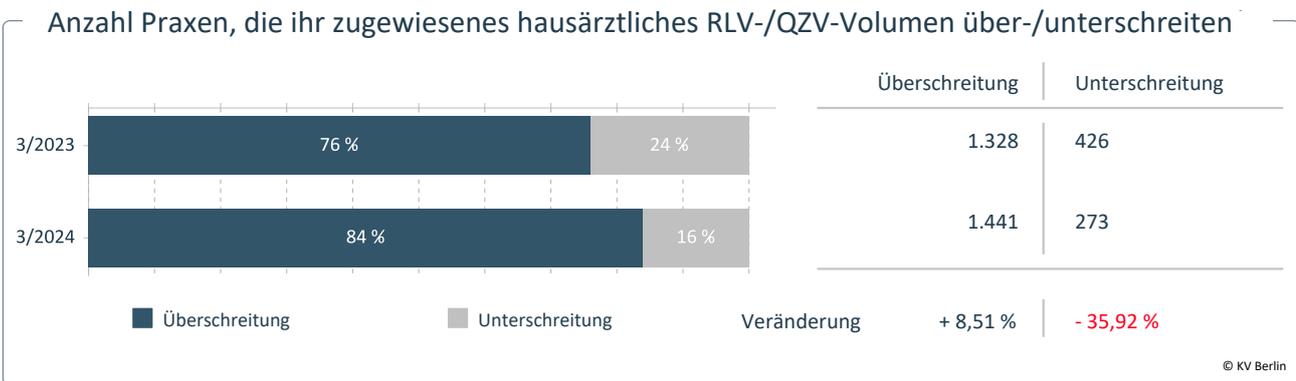
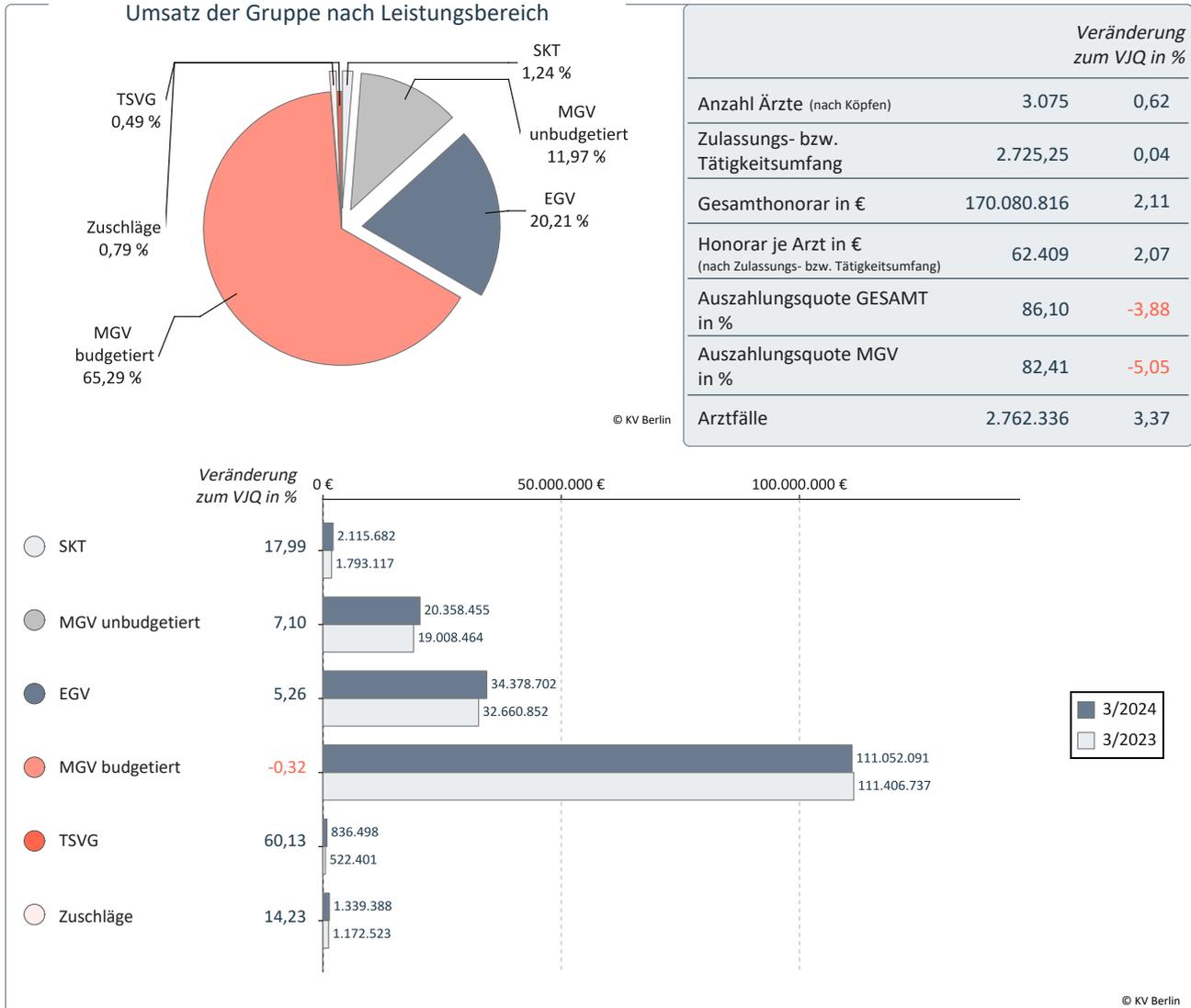
im hausärztlichen Bereich über der Quote der Fachärzte.

Welche Auswirkungen hatte die getroffene Maßnahme der Absenkung der Restquote im fachärztlichen Versorgungsbereich?

Demgegenüber ist im fachärztlichen Versorgungsbereich die Anzahl der Praxen, die das Budget überschreiten, um mehr als 6 Prozent zurückgegangen. Bezogen auf den Anteil der Praxen mit einer fachärztlichen Zuweisung sind die Praxen mit einer Überschreitung von 66 Prozent auf 63 Prozent zurückgegangen. Das heißt, von 2.061 abrechnenden Praxen haben im dritten Quartal 1.295 Praxen ihr RLV-/QZV-Budget überschritten. Gleichzeitig ist die Anzahl der Praxen, die Ihre Zuweisung nicht überschritten haben, um fast 7,5 Prozent gestiegen.

Im Ergebnis bedeutet dies, dass sich im fachärztlichen Versorgungsbereich mehr Praxen an das zugewiesene Budget halten konnten, obwohl bemerkenswerterweise insgesamt die abgerechneten Leistungen oberhalb des Budgets, auch im fachärztlichen Versorgungsbereich, gestiegen sind. Der Überschreibungsbetrag stieg von

Hausärztlicher Versorgungsbereich (ohne Institute)



knapp 15 Millionen Euro auf knapp 17 Millionen Euro an.

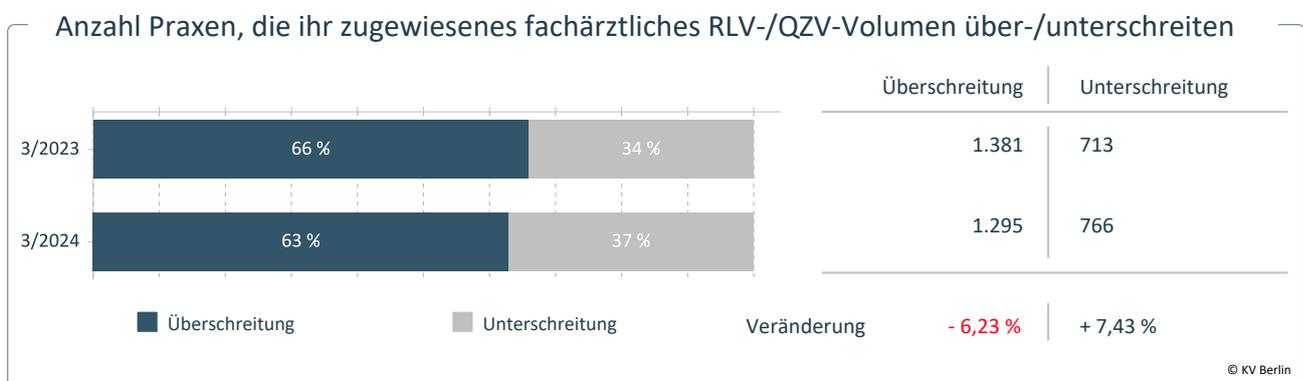
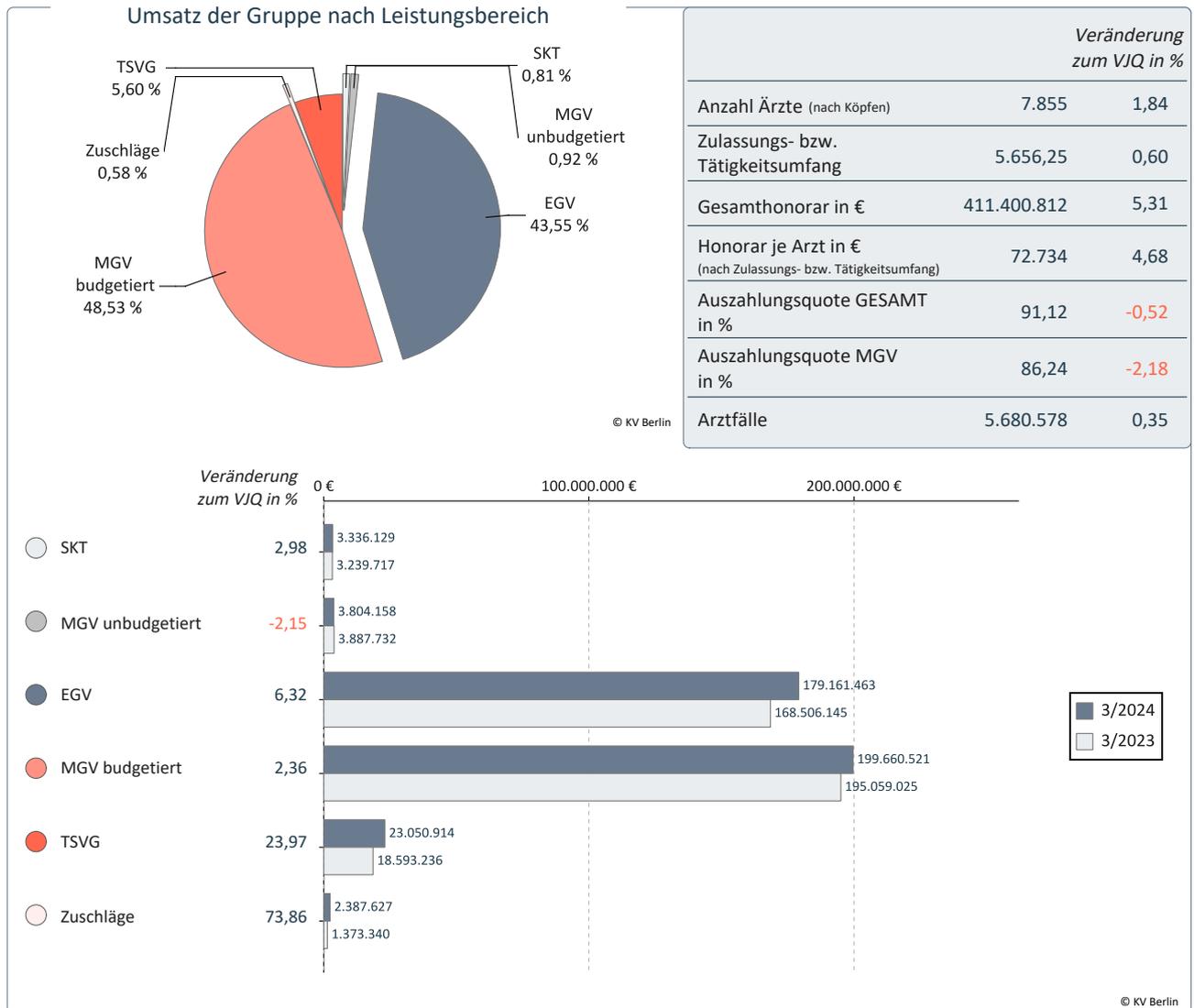
Rechnerisch ergab sich damit für die Fachärzte eine Restquote in Höhe von 9,9 Prozent die zur Quotierung

von Leistungen oberhalb des RLV-/QZV-Budgets im Quartal 3/2024 angewandt wurde.

Lohnt sich eine Überschreitung des RLV überhaupt noch?

Was im Ergebnis die von der Vertreterversammlung mit Wirkung zum 1. Januar 2024 getroffene Maßnahme zur Vergütung der Restquote für die Praxen bedeutet: Während im Quartal 3/2024 alle Leistungen bis

Fachärztlicher Versorgungsbereich (ohne Institute)



zur Höhe des zugewiesenen RLV-/QZV-Budgets mit dem Orientierungswert des Jahres 2024 in Höhe

von 11,9339 Cent honoriert werden, wurde jeder Punkt, der oberhalb des Budgets erbracht wurde bei den

Fachärzten mit 1,1801 Cent und bei den Hausärzten lediglich nur noch mit 0,8001 Cent vergütet.

Quartal	Haus- und Kinderärzte			Fachärzte	
	OW (Cent)	Restquote (%)	Rest-PW (Cent)	Restquote (%)	Rest-PW (Cent)
2023-1	11,492	11,247	1,292	11,347	1,304
2023-2	11,492	22,529	2,589	18,178	2,089
2023-3	11,492	22,897	2,631	22,818	2,622
2023-4	11,492	11,703	1,345	22,062	2,535
2024-1*	11,934	9,569	1,142	5,302	0,633
2024-2*	11,934	13,12	1,566	8,633	1,030
2024-3*	11,934	6,71	0,800	9,889	1,180

OW = Orientierungspunktwert; Rest-PW = Restpunktwert

*Reduzierung der finanziellen Mittel für den Restpunktwert

Überblick über die Entwicklungen in der ambulanten Versorgung

Im dritten Quartal 2024 wird eine Honorarsteigerung erkennbar. Im Vergleich zum Vorjahresquartal stieg die Gesamthonorargutschrift um insgesamt rund 25 Millionen Euro auf rund 603 Millionen Euro.

Honorarentwicklung im hausärztlichen Bereich

Bezogen allein auf den hausärztlichen Versorgungsbereich stieg das Gesamthonorar im dritten Quartal 2024 auf rund 170 Millionen Euro – ein Zuwachs von 3,5 Millionen Euro im Vergleich zum Vorjahresquartal, was vor allem der Entwicklung in der Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) geschuldet ist.

- **EGV:** Anstieg um 5,26 Prozent auf 34 Millionen Euro.
- **Honorar je Arzt (nach Zulassungs- und Tätigkeitsumfang):** Plus von 2,07 Prozent auf durchschnittlich 62.409 Euro.
- **TSVG-Honorare:** Zunahme um 60,13 Prozent auf 836.498 Euro, annehmend durch die vermehrte Erbringung von Hausarzt-Vermittlungsfällen.
- **Sonderkostenträger:** Steigerung um 17,99 Prozent auf rund 2,1 Millionen Euro.
- **Arztfälle:** Zuwachs um 3,37 Prozent auf etwa 2,8 Millionen Fälle.

Die Auszahlungsquote in der morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) für Haus- und Kinderärzte sank auf 82,41 Prozent (-5,05 Prozent).

Honorarentwicklung im fachärztlichen Bereich

Auch im fachärztlichen Versorgungsbereich sind Zuwächse zu verzeichnen. Das Gesamthonorar stieg um 5,31 Prozent auf rund 411 Millionen Euro.

- **TSVG-Honorare:** Anstieg um über 23,5 Prozent auf 23,05 Millionen Euro, vorbehaltlich durch die vermehrte Erbringung offener Sprechstunden.
- **Budgetierte MGV:** Zunahme um rund 4,6 Millionen Euro auf fast 200 Millionen Euro (+2,36 Prozent).
- **EGV:** Wachstum um mehr als 6 Prozent auf 179 Millionen Euro.
- **Sonderkostenträger:** Anstieg um 2,98 Prozent im Vergleich zum Vorjahresquartal.

Die Auszahlungsquote in der MGV reduzierte sich auf 86,24 Prozent (-2,18 Prozent). Die Anzahl der abgerechneten Arztfälle blieb mit 5,68 Millionen nahezu gleich im Vergleich zum Vorjahresquartal.

- **Offene Sprechstunden:** Trotz der Steigerung wurden 134.109 potenzielle Fälle nicht abgerechnet, während etwa 40.000 Fälle aufgrund der Überschreitung der Obergrenze (maximal 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle im Quartal können so abgerechnet werden) in reguläre RLV-Fälle umgewandelt wurden.
- **Gynäkologie:** Hier war ein deutlicher Anstieg der Honorare im Bereich der offenen Sprechstunden zu beobachten.

Elektronischer Honorarfestsetzungsbescheid Durch den eHFB profitieren



Derzeit kann der Honorarfestsetzungsbescheid sowohl postalisch als auch elektronisch über das Online-Portal der KV Berlin zugestellt werden. Die KV Berlin möchte ihre Mitglieder verstärkt an den elektronischen Honorarfestsetzungsbescheid (eHFB) heranführen.

Der eHFB steht schon länger zur Verfügung, wird seitens der KV-Mitglieder jedoch bisher nur zögerlich angenommen. Zahlen aus 2024 zeigen, dass die Nutzung zwar zunimmt, jedoch insgesamt noch niedrig ist.

Im dritten Quartal 2024 lag der Nutzungsgrad bei 21 Prozent – 220 Praxen haben sich neu angemeldet. Insgesamt wurden im dritten Quartal 2024 1.340 Bescheide mit insgesamt 21.534 Seiten abgerufen. Dagegen umfasste der HFB, der auf postalischem Weg übermittelt wurde, 5.125 Bescheide mit 74.065 Seiten.

Warum Sie sich für den eHFB anmelden sollten!

Neben dem positiven ökologischen Fußabdruck, den der eHFB hinterlässt – pro Quartal könnten circa 100.000 bedruckte Seiten eingespart werden – bietet der eHFB

	4/2023	1/2024	2/2024	3/2024
Anzahl der abrechnenden Praxen im Quartal	6.569	6.543	6.541	6.549
davon Anzahl Praxen mit eHFB-Anmeldung	305	717	1.162	1.382
Nutzungsgrad	4 %	11 %	18 %	21 %

weitere Vorteile für die Praxen. Honorarunterlagen können mit einem Klick aufgerufen werden. Die KV Berlin informiert zudem per E-Mail, sobald der eHFB verfügbar ist. Die Unterlagen sind bereits etwa eine Woche vor der postalischen Zustellung des HFB abrufbar und einsehbar. Die elektronische Zustellung erfolgt über eine gesicherte digitale Verbindung. Auf dem postalischen Zustellungsweg kann es zu Verzögerungen kommen, in der Vergangenheit ist es auch schon dazu gekommen, dass Unterlagen nicht zugestellt wurden. Der postalische Versand kann durch den

eHFB entfallen und damit auch für mehr Sicherheit und Zuverlässigkeit sorgen. Die Unterlagen des eHFB sind jederzeit abrufbar für zurückliegende Quartale. Für die Praxis liegen somit alle Informationen an einem zentralen Ort.

Ein weiterer Vorteil für Praxen, die sich für den eHFB angemeldet haben, ist der Praxis-Honorarbericht (PHB). Dieser bietet eine visuelle Darstellung der Abrechnungsdaten – individuell für die jeweilige Praxis. Die Anmeldung zum PHB ist nur für Praxen möglich, die sich erfolgreich für den eHFB registrieren beziehungsweise registriert haben. Erstmals steht der PHB mit dem eHFB des vierten Quartals 2024 zur Verfügung. Alle Informationen zum PHB siehe Seite 21.

Anmeldung für den eHFB

Vorteile des eHFB

- Abruf ca. 7 Tage früher möglich**
Sie können die Unterlagen bereits ca. 7 Tage vor dem offiziellen Versandtermin abrufen.
- Zusatzdokumente werden automatisch mit heruntergeladen**
Neben den Hauptdokumenten werden alle relevanten Zusatzdokumente automatisch mit heruntergeladen, sodass Sie stets vollständig informiert sind und keine wichtigen Anhänge übersehen.
- Gesicherte Zustellung**
Durch eine gesicherte Zustellung wird gewährleistet, dass die Dokumente zuverlässig und ohne Verzögerung bei Ihnen ankommen, wodurch das Risiko von Verlusten oder Verspätungen minimiert wird.
- Spart Papier und Porto**
Der digitale Versand spart nicht nur Papier, sondern auch die Kosten für Porto und den Papiereindruck.
- Schont die Umwelt**
Durch den Verzicht auf Papier und den reduzierten Transportaufwand tragen Sie aktiv zum Umweltschutz bei und verringern Ihren ökologischen Fußabdruck.
- Zugang zum Praxis-Honorarbericht**
Sie erhalten den Honorarbericht – Auswertung auf Basis der Abrechnungsdaten – Ihrer Praxis. [Informieren zum Praxis-Honorarbericht](#)

Anmeldung für den eHFB

1. Melden Sie sich im Portal der KV an
2. Die Anmeldung kann nur mit der LANR eines zugelassenen Arztes oder mit der Chef-PIN erfolgen
3. Durch klicken „Abrechnung“ → „eHFB“ → „Anmeldung eHFB“ (beide Häkchen setzen) sind Sie angemeldet

Praxis-Honorarbericht

Mehr Transparenz und Überblick übers Honorar

Sie möchten Ihre Abrechnungsdaten besser verstehen und Entwicklungen in Ihrer Praxis gezielt analysieren? Der Praxis-Honorarbericht (PHB) bietet Ihnen eine übersichtliche Darstellung Ihrer Honorarsituation – individuell für Ihre Praxis, leicht und verständlich.

Der PHB bietet eine visuelle Darstellung der Abrechnungsdaten und ermöglicht es Praxen, ihre wirtschaftliche Entwicklung nachzuvollziehen. Er enthält zentrale Kennzahlen wie das Gesamthonorar, Fallzahlen, Auszahlungsquoten und Veränderungen der Honoraranteile im Vergleich zu vorherigen Quartalen.

Der Bericht wurde in Anlehnung an den Arztgruppen-Honorarbericht erstellt, der jedes Quartal online

auf der KV-Homepage veröffentlicht wird, wodurch ein hoher Wiedererkennungswert gegeben ist.

Die Interpretation des Berichts liegt bei den Praxen selbst – die KV Berlin nimmt keine Bewertung der Daten vor und gibt keine Empfehlungen zur Abrechnungsoptimierung. Der PHB dient als unterstützendes Instrument, um Entwicklungen nachzuvollziehen und individuelle Maßnahmen abzuleiten.

So einfach geht's!

Der PHB wird nach Anmeldung im Zuge des elektronischen Honorarfestsetzungsbescheids (eHFB) automatisch als weitere Anlage ausgegeben. Die Anmeldung zum PHB erfolgt im Online-Portal (im Bereich zum eHFB) und ist nur für Praxen möglich, die sich erfolgreich für den eHFB registrieren beziehungsweise registriert haben.

Noch nicht registriert? Melden Sie sich jetzt für den eHFB an und profitieren Sie von der Bereitstellung Ihrer Abrechnungsdaten. Nutzen Sie den PHB als ein wichtiges Instrument für die Steuerung Ihrer Praxis. Melden Sie sich jetzt im Online-Portal an!

Erstmals steht der PHB mit dem eHFB des 4. Quartals 2024 zur Verfügung.

Die Vorteile des PHB auf einen Blick

Vorteil	Beschreibung
Automatische Bereitstellung	Sie erhalten den Bericht quartalsweise als PDF – kein zusätzlicher Aufwand.
Detaillierte Honoraranalyse	Übersicht über Ihr Gesamthonorar, Fallzahlen, Auszahlungsquoten und Honoraranteile.
Vergleich mit Vorquartalen	Sehen Sie, wie sich Ihre Abrechnungsdaten entwickeln, und identifizieren Sie Trends.
Erkennen von Abweichungen	Finden Sie schnell heraus, ob Ihr Honorar gestiegen oder gesunken ist.
Individuelle Praxisdaten	Ergänzt den Arztgruppen-Honorarbericht mit spezifischen Zahlen für Ihre Praxis.
Optimierte Abrechnungssteuerung	Nutzen Sie die Erkenntnisse zur besseren Steuerung Ihrer Abrechnung.
Digitale Verfügbarkeit	Der Bericht ist jederzeit als PDF abrufbar – keine Papierunterlagen mehr.

Noch Fragen?

Das Service-Center der KV Berlin steht Ihnen gerne zur Verfügung. Kontaktieren Sie das Service-Center für weitere Informationen zur Anmeldung und Nutzung des PHB:





KV Berlin – Ihr Partner für die Hybrid-DRG-Abrechnung



Die KV Berlin ermöglicht Ihnen eine effiziente und benutzerfreundliche Abrechnung von Hybrid-DRG über Ihren bereits bestehenden Online-Portal-Zugang.

Ihre Vorteile

- ✓ 1,5 % Aufwandsersatz (zzgl. USt.)
- ✓ Sicherheit Ihrer Daten durch den Zugang über das Online-Portal der KV Berlin
- ✓ Tägliche Einreichung Ihrer Abrechnungsfälle und monatliche Auszahlung an Sie (nach Zahlungseingang durch die Kassen)
- ✓ Einfache Datenübertragung aus dem Praxisverwaltungssystem oder Online-Erfassung
- ✓ Transparente Abrechnungsübersicht im Online-Portal der KV Berlin
- ✓ Beteiligungsberechnung: Die Vergütungsanteile können zwischen Operateur:innen und Anästhesist:innen schriftlich ausgewiesen werden.
- ✓ Kostenfreie Nutzung des Groupers
- ✓ Kündigung zum Monatsende möglich
- ✓ Services aus einer Hand: Unsere Ansprechpartner:innen sind für Sie da!

Sie haben Fragen zur Abrechnung von Hybrid-DRG?

Unsere Mitarbeiter:innen sind für Sie da:

Service-Center

Service-Center@kvberlin.de



Wichtige Informationen online abrufen

Im Online-Portal

- Abrechnungsvertrag
- Hybrid-DRG-Abrechnungsdaten einreichen
- Fallübersicht zu Ihren eingereichten Hybrid-DRG-Fällen

Auf der KV-Website

- [Hybrid-DRG-Themenseite](#) (u. a. Anleitung zur [Abrechnung von Hybrid-DRG](#))

Satzungsänderung

Einführung eines Zusatzbeitrags

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Berlin hatte in ihrer Sitzung im November eine Satzungsänderung beschlossen, die zur Wahrung der Honorarverteilungsgerechtigkeit beiträgt. Demnach wird ein Zusatzbeitrag von 0,2 Prozent auf das extrabudgetäre Honorar (EGV) erhoben, um eine Gleichbehandlung von MGV-Leistungen und EGV-Leistungen zu berücksichtigen.

Bisher wurden im Rahmen des Strukturfonds vor Aufteilung auf die Versorgungsbereiche, auf die Arztgruppen und auf die einzelnen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen 0,2 Prozent nur von dem budgetierten Honorarvolumen (MGV) abgezogen – sozusagen ein „Vorwegabzug“.

Das heißt, die durch den Strukturfonds zu lösenden Aufgaben wurden überproportional von den Arztgruppen finanziert, die

ihre Leistungen überwiegend nur innerhalb der MGV erbringen können. Das war in gewisser Weise schon immer ungerecht, wenn auch gesetzlich so vorgeschrieben (§ 105 Abs. 1a SGB V). Wenn aber jetzt immer mehr Leistungen durch bspw. TSVG-Konstellationen (offene Sprechstunde, TSS akut, TSS Fälle), vor allem aber durch die Entbudgetierung der Kinder- und Hausärzte, nicht mehr innerhalb des budgetierten Honorars erbracht werden, würde die Last nur noch auf wenigen Arztgruppen liegen.

Das war der Grund, weshalb die Vertreterversammlung zu dem Beschluss gekommen ist, ab dem 4. Quartal 2024 nun auch auf das extrabudgetäre Honorar einen Zusatzbeitrag von 0,2 Prozent zu erheben. Das heißt: Alle Arztgruppen entrichten auf alle Leistungen den Beitrag von 0,2 Prozent. Es werden somit alle

gleichbehandelt, alle Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen leisten den gleichen Anteil.

Wie können Sie das jetzt in Ihrem Honorarfestsetzungsbescheid sehen?

- Da die 0,2 Prozent jetzt nicht mehr vorab von der gesamten MGV abgezogen werden, weist die KV Berlin Ihnen diesen Abzug von Ihrer MGV erstmals ab dem 4. Quartal 2024 direkt aus und Sie sehen den abgezogenen Betrag direkt. Das ist keine Erhöhung der Umlage, sondern nur eine andere Systematik.
- Die KV Berlin weist Ihnen natürlich auch den Zusatzbeitrag von 0,2 Prozent von Ihrer extrabudgetären Vergütung aus. Das ist – im Gegensatz zum zuvor genannten – ein Novum.

Meldung



70 Jahre KV Berlin: Chronik zeigt die wichtigsten Meilensteine

Die KV Berlin feiert am 22. August 2025 ihr 70-jähriges Bestehen. Seit sieben Jahrzehnten, die geprägt waren von gesellschaftlichem Wandel und politischen Herausforderungen, sichert die KV Berlin die ambulante medizinische Versorgung der Hauptstadt. Auf der Website der KV Berlin werden ab sofort die Meilensteine aus der KV-Geschichte von ihrer Gründung bis heute in einer Chronik dargestellt.

Die Jubiläumsseite zeigt die wichtigsten Etappen und Ereignisse der letzten sieben Dekaden:



Patientensteuerung

Mit Plan durch das Gesundheitssystem

Seit längerer Zeit werden Expertenmeinungen laut, die eine strukturierte Patientensteuerung fordern. Das Ziel: Die immer größer werdende Belastung durch Patientenströme im Gesundheitssystem effektiv koordinieren. Schweden und die Niederlande sind uns an dieser Stelle einen Schritt voraus und schaffen durch Patientensteuerung eine Entlastung. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin fordert seit Langem eine sinnvolle Patientensteuerung, unter anderem innerhalb des KV-Systems. Mehr noch: Die KV fordert eine Gesundheitssystemkompetenz, damit Patientinnen und Patienten von Beginn möglichst die richtige Stelle in der Versorgungsstruktur ansteuern.

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können in Deutschland grundsätzlich die sie behandelnden Ärztinnen und Ärzte frei wählen. Das Prinzip der freien Arztwahl findet sich in Paragraph 76 SGB V. Selbstverständlich ist das nicht, denn laut dem Bundesgesundheitsministerium gilt dieses Prinzip in anderen Europäischen Ländern nicht oder nur eingeschränkt. Eine Errungenschaft – dennoch stellt die freie Arztwahl in Deutschland das Gesundheitssystem mitunter vor eine große Herausforderung: Patienten bewegen sich in großer Zahl ungesteuert durch das Gesundheitswesen. In der Folge verzeichnen beispielsweise Arztpraxen eine höhere Arbeitsbelastung. Das liegt auch am demografischen Wandel: Patienten werden immer älter und multimorbider – und benötigen dadurch häufiger medizinische Behandlung.

Stipendien und KV Praxen

Von einem Arztmangel als weitere Ursache will Dr. Burkhard Ruppert,

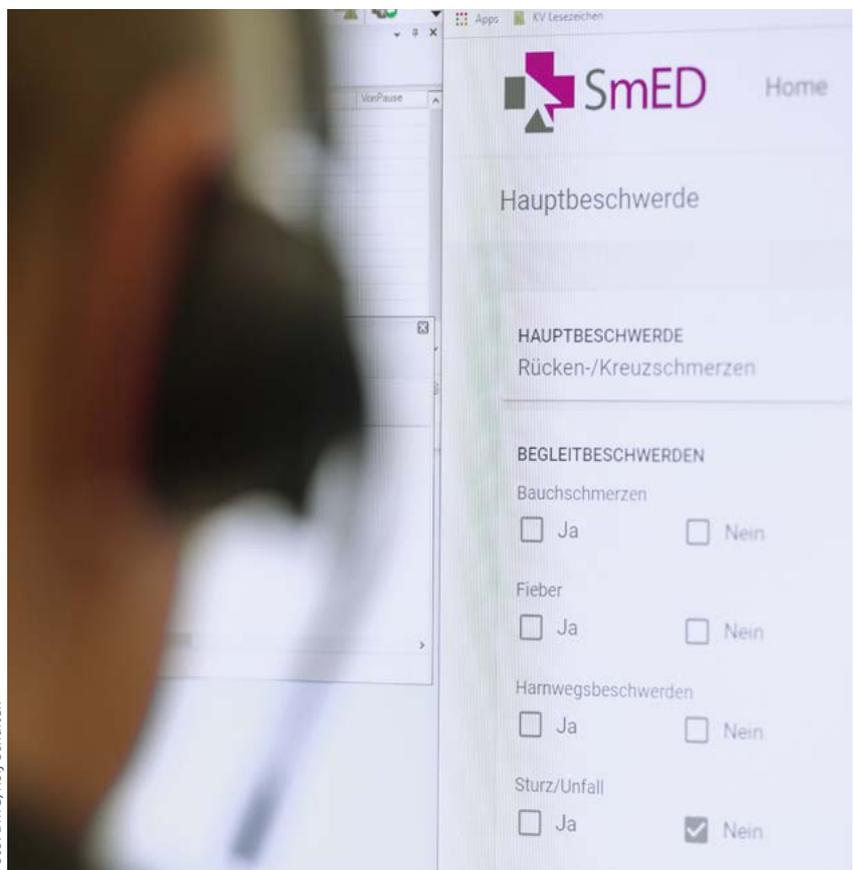


Foto: BMG/Rolf Schulten

Wählt ein Patient die 116117, landet er in der KV-Leitstelle. Dort erfolgt mithilfe der Software „Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“, kurz SmED, eine Ersteinschätzung durch medizinisch geschultes Personal.

Vorstandsvorsitzender der KV Berlin, hingegen nicht sprechen: „Die Arztzahl in Berlin ist in den vergangenen zehn Jahren sogar leicht angestiegen.“ Gleichzeitig nehme die Anzahl der Vollzeitäquivalente nicht zu, „die Arbeit in Teilzeit und Anstellung jedoch schon“, erklärt er. Dieser Entwicklung versucht die KV zu begegnen, indem sie Stipendien an Medizinstudierende vergibt. Diese erklären sich bereit, „nachdem sie ihren Facharzt für Allgemeinmedizin erworben haben, sich für einige Jahre in einem Gebiet in Berlin niederlassen, in dem es unserer Meinung nach nötig ist“. Außerdem betreibt die KV über die KV Praxis Berlin GmbH sogenannte KV Praxen. Das allein löse das Problem von einer immer größer werdenden und weiterhin ungesteuerten Zahl an Patienten natürlich nicht, so Dr. Ruppert. Damit Praxen der hohen Nachfrage durch Patienten hinterherkommen, fordere die KV Berlin schon seit Längerem eine sinnvolle und verbindliche Patientensteuerung. Eine „ungesteuerte Versorgung ist weder personell noch finanziell leistbar“, sagt Ruppert. Eine Patientensteuerung durch Hausärzte – oder grundversorgende Fachärzte – könne eine Lösung sein. Es müsse auch über weitere Wege nachgedacht werden, wie zum Beispiel unterschiedliche Tarifoptionen.

Andere Länder in Europa machen es vor: So kommt beispielsweise in den Niederlanden Hausärzten eine wichtige Rolle zu. Sie agieren laut einem Beitrag des Ärztenachrichtendienstes (änd) als sogenannte „Gatekeeper“, das heißt, Patienten müssen sich bei ihrem Hausarzt registrieren und nur, wenn dieser es als geboten erachtet, erhält der Patient Zugang zu einem Facharzt. Außerdem bietet das niederländische Krankenversicherungssystem Tarife, zwischen denen Versicherte wählen können. In ihren Basistarifen bieten die Kassen eine gesetzlich festgelegte Grundversorgung. Ein anderes Beispiel ist Schweden: Dort sollten Patienten zunächst ein

Primärversorgungszentrum ansteuern. Sie sind in ländlichen Regionen häufig die einzige Anlaufstelle in Gesundheitsfragen. In diesen Zentren regeln oft qualifizierte Pflegekräfte, sogenannte „District Nurses“, den Zugang zu weiteren Gesundheitsberufen. Generell ist das schwedische Gesundheitssystem einkommensfinanziert. Dennoch bezahlen Patienten, wenn sie einen Arzt aufsuchen, eine Praxisgebühr. Wie hoch die Gebühr pro Haus- oder Facharztbesuch ist, legt die jeweilige Provinz fest. Derzeit bezahlt ein Patient bis zu 450 Schwedische Kronen, was etwa 40 Euro entspricht. Die fast 10,5 Millionen Schweden suchen im Schnitt dreimal pro Jahr einen Arzt auf. In dem Beitrag verweist der änd auf die Ludwig-Maximilians-Universität in München: Sie sieht den Grund für die wenigen Arztbesuche nicht allein bei der Praxisgebühr, sondern auch darin, dass Schweden auf E-Health setzt, vor allem auf Videokonsultationen.

Gesundheitskompetenz

Und in Deutschland? Nach der Bundestagswahl ist die Debatte über die richtige Steuerung von Patienten erneut voll entbrannt. So schlug der Ersatzkassenverband vdek Teams von zwei bis vier Haus- und Fachärzten vor, die zukünftig Patienten steuern sollen. Damit würden sich Patienten verpflichten, für mindestens ein Jahr nur diese Ärzte aufzusuchen. Falls die Behandelten zu weiteren Ärzten müssen, sei eine digitale Überweisung aus dem Ärzteteam nötig. Arztbesuche, die über diese Regelung hinausgehen, sollten nur noch als private Leistung möglich sein. „Der Vorschlag der Ersatzkassen, die Patientensteuerung durch Haus- und Fachärzteteams umzusetzen, ist gut und diskutabel, allerdings sollte die Steuerung nicht zwingend nur über die Hausärzte erfolgen“, beurteilt der Vorstand der KV Berlin den Vorstoß der vdek. Die KV Berlin fordert seit Langem eine zeitnahe, konsequente und sinnvolle Koordination der Patienten, um

die ambulante Versorgung in Berlin weiterhin zu gewährleisten. Dabei setzt die Hauptstadt-KV auf das Bild eines „mündigen Patienten“: So rufen diese im Notfall idealerweise bei der 116117 an und werden von der Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in die richtige Versorgung geleitet. Akutfälle stellen laut dem Berliner KV-Chef immerhin ein Drittel aller ambulanten Behandlungen dar.

Nach Erfahrungen der KV Berlin lässt sich damit ein Großteil von unnötigen Praxisbesuchen oder Rettungsstellenfällen vermeiden. „Zwei Drittel der Beratungen durch die Ärzte in der KV-Leitstelle sind endgültig“, erklärt Dr. Burkhard Ruppert. „Das heißt, es braucht keine weitere medizinische Versorgung.“ Und damit bliebe in den Praxen mehr Zeit für die notwendige medizinische Patientenversorgung. Mit einer sinnvollen Patientensteuerung gehe aber auch eine deutlich verbesserte Gesundheits- und auch Gesundheitssystemkompetenz einher, meint Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin. „Damit die Menschen wissen, wohin sie sich mit welcher Beschwerde wenden müssen und nicht gleich die nächste Notaufnahme ansteuern.“ Die angesprochenen Kompetenzen müssten ihrer Meinung nach auf den Lehrplan und so in das deutsche Bildungssystem integriert werden. Durch die angesprochenen und weiteren Maßnahmen „werden wir ein gutes, ambulantes und stationäres Gesundheitssystem auch für die Zukunft bewahren können“, ist sich Dr. Burkhard Ruppert sicher.

Das Patienten-Navi der 116117



Patientenkoordination über HzV

Keine Experimente mehr

Die ambulante Versorgung steht mit dem Rücken zur Wand. Gerade kleine, inhaber:innengeführte Praxen ächzen unter der steten Last neuer, unausgelegener Interventionen. Die Praxislandschaft verkommt zum Experimentierfeld politischer Ideen. Dabei tauchen immer neue Papiere mit „neuen Konzepten“ auf. Immer lauter wird der Ruf nach Koordinierungskonzepten. Nicht selten sehen diese keine hausärztliche, sondern eine krankheitsspezifische Steuerung vor. Eine Art DMP als Antwort auf die gesundheitspolitischen Herausforderungen? Leider kein Witz.

Medizinisch sinnvoll

Mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) hat der Hausärzteverband mit einem freiwilligen Einschreibesystem eine dritte Versorgungsstruktur neben PKV und GKV auf den Weg gebracht. Patientenrelevante Outcomes, beispielsweise im Bereich Prävention oder Notfalleinweisungen, zeigen Vorteile gegenüber dem KV-System. Es profitieren jedoch vor allem die hausärztlichen Praxen selbst. Die HzV bietet eine angemessene Vergütung, die nicht nur Zufriedenheit, sondern auch den finanziellen Raum für Innovation und Delegation schafft. Dabei ist die Basis der HzV Vertrauen. Das Vertrauen, das Ärzte Kraft und Ressourcen dort einsetzen, wo es medizinisch sinnvoll ist. Weg von der Vergütung von Einzelleistungen – hin zur pauschalen Vergütung einer hausärztlichen Versorgung von Menschen. Anstelle von Plausibilitätsprüfungen ist die Basis Vertrauen in ein ärztliches Ethos. Vertrauen und auskömmliche Vergütung schaffen Raum für Veränderung und Innovation. Ein Beispiel ist das interprofessionelle HÄPPI-Konzept. Inzwischen arbeitet man in Baden-Württemberg mit Fachärzterverträgen, die die positiven Aspekte

auf andere Fachgruppen ausweiten.

Betrachtet man von den HzV-Wurzeln bis zu den innovativen Versorgungskonzepten heute, sieht man die enormen Weiterentwicklungsmöglichkeiten außerhalb des KV-Systems. Die Stärke der HzV ist, dass sie nicht sofort flächendeckend über das Land ausgekippt wurde, sondern dass sie sich auf freiwilliger Basis entwickeln konnte. Ambulante Versorgung ist zu essentiell, als das hier blind unausgelegene Konzepte auszuprobieren sind.

KV-System ist zu statisch

Die Kontroversen rund um das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz haben gezeigt, dass wirkliche Veränderungsbereitschaft im KV-System ein Fremdwort ist. Die tatsächliche Einführung eines Primärversorgungssystems bedürfte jedoch einer EBM-Reform. Koordination ist eine genuin hausärztliche, hochkomplexe Tätigkeit. Wird sie zum zentralen Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen, dann braucht sie ein Preisschild. Wirkliche Steuerung impliziert einen niedrighschwelligeren Zugang in Form von täglichen Akutsprechstunden, dem Vorhalten von Basisdiagnostik und Anwendung aller Formulare, sowie der Heil- und Hilfsmittelverordnung für eine fallabschließende Behandlung.

Es bedeutet nicht nur das Ausstellen einer Überweisung, sondern die Übernahme der Basisprävention, den Umgang mit Risikokalkulation und „shared decision making“, Behandlerkontinuität, plus einer Weiterentwicklung des Teams hin zu mehr Delegation. Das alles kann es nicht umsonst geben. Die Schwäche der hausärztlichen Vertretung auf Bundes- und in Teilen auf Länder-KV-Ebene wird bei einer raptusartigen Einführung eines



Foto: privat

Dr. med. Sandra Blumenthal,
Co-Vorsitzende Hausärzteverband
Berlin und Brandenburg e. V.

Steuerungssystems im KV-System zur wirtschaftlichen Bedrohung unserer hausärztlichen Praxen. Was erwartet uns denn in einem solchen System? Die Einführung einer Art 03040 2.0 als Steuerungspauschale, um die wir uns in der Versorgung prügeln? Es würde bedeuten, mehr Patientenkontakte ohne ein wesentliches Mehr an Vergütung. Ein Mehr ohne ein Anders bedroht uns!

Das wichtigste Argument für eine Koordination von Patienten in der HzV heute ist, dass wir freiwillig, und im überschaubaren Rahmen Erfahrungen für ein Primärversorgungssystem sammeln. Praxen haben genug Experimente ausgehalten. Wir erproben ein hausärztliches Primärversorgungssystem in der HzV. Wir bereiten uns freiwillig und selbstbestimmt auf eine flächendeckende Umsetzung vor. Selbstbestimmt – wie es unserem freien Beruf gebührt. Eine starke hausärztliche Vertretung im Kollektivvertrag kann diesen Übergang stemmen – wenn die Voraussetzungen stimmen. Aktuell stimmen sie nicht.

CONTRA

Patientenkoordination über KV-System

Gemeinsam statt fragmentiert



Foto: privat

Dr. Heiko Zürcher, Facharzt für Innere Medizin, Hausarzt in Berlin-Schöneberg

Es besteht breiter Konsens, dass eine konsequente Patientenkoordination unerlässlich ist, um die Ressourcen im Gesundheitssystem effizient zu nutzen und die Versorgungsqualität zu verbessern. Folgerichtig hat die AG Gesundheit im Koalitionsausschuss von CDU/CSU und SPD angekündigt, ein verbindliches Primärarztssystem einzuführen – entweder im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) oder im Kollektivvertragssystem – bei gleichzeitig freier Arztwahl.

HzV: Lösung oder teures Flickwerk?

Der Deutsche Hausärzteverband (HÄV) bewirbt die HzV als bewährtes Modell zur Steuerung in der ambulanten Versorgung. Aktuell sind bundesweit etwa zwölf Prozent der 75 Millionen GKV-Versicherten eingeschrieben – in Berlin liegt die Quote nur bei rund zwei Prozent. Die Vergütung je HzV-Fall liegt über der der Regelversorgung. Doch wie tragfähig ist dieses Modell wirklich? Unabhängige Studien, die eine bessere Versorgungsqualität durch die HzV belegen, fehlen – insbesondere außerhalb von Baden-Württemberg. Vielmehr zeigen Analysen keine Einsparungen bei den Gesamtkosten, keine

Reduktion von Facharztbesuchen oder Krankenhausaufenthalten, aber eine signifikante Zunahme der Hausarztkontakte. Ein weiterer Nachteil ist die Zersplitterung: Die Vielzahl an Selektivverträgen zwischen Einzelkassen und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG AG) erschwert eine systematische Koordination der Patienten. Diese Fragmentierung konterkariert das Ziel einer flächendeckend optimierten Versorgung. Eine Steuerung ausschließlich über HzV würde zudem die Kontrolle der GKV über die Vertragsärzteschaft ausweiten.

Hinzu kommt ein strukturelles Finanzproblem: Über die hohen Verwaltungskostenpauschalen der HzV erhält die HÄV AG immense Summen aus der GKV-Solidargemeinschaft – aktuell rund 25 Millionen Euro pro Quartal. Mittel, die für zentrale Aufgaben der KVen fehlen, unter anderem für Sicherstellung und Weiterbildungsförderung. Je mehr Patienten über HzV versorgt werden, desto stärker müssten Fachärzte diese KV-Aufgaben finanzieren – ein Konflikt, der die Ärzteschaft zunehmend belasten würde. Daher ist eine gesetzliche Regelung überfällig: Die HÄVG AG muss entweder Ausgleichszahlungen an die KVen leisten oder selbst bestimmte Versorgungsaufgaben übernehmen und finanzieren.

Koordination im Kollektivvertrag

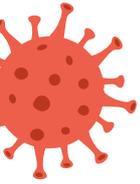
Immer mehr gesundheitspolitische Akteure – darunter der Sachverständigenrat Gesundheit – sprechen sich für eine im SGB V geregelte Patientenkoordination im Kollektivsystem aus. Damit ließe sich eine weitere Fragmentierung der ambulanten Versorgung vermeiden und die Akzeptanz bei Ärzten wie Versicherten erhöhen. Effektive Patientenkoordination muss verbindlich sein, sich an medizinischer Notwendigkeit orientieren und res-

sourcenschonend erfolgen. Gleichzeitig sollte die Gesundheits- und Gesundheitssystemkompetenz gestärkt werden. Analog zur HzV müsste für die primärärztliche Patientenkoordination eine EBM-Ziffer angelegt werden. Ein rein hausärztliches Primärarztssystem stößt an Kapazitätsgrenzen. Daher sollten auch weitere Arztgruppen beteiligt werden, wie zum Beispiel Schwerpunkt-Hausärzte (Diabetologie, Infektiologie), regelmäßig versorgende Facharztinternisten oder Gynäkologen gerade für jüngere Patientinnen. Auch interdisziplinäre Teams könnten zur Entlastung beitragen. Notfallkontakte sollten verpflichtend über strukturierte Ersteinschätzungen, zum Beispiel 116 117, SmED oder digitale Selbsttriage, gesteuert werden.

Für die Regelversorgung sollte gelten: Versicherte wählen eine Primärpraxis für mindestens ein Jahr, die auf der elektronischen Gesundheitskarte oder in der ePA hinterlegt ist. Andere Hausärzte können dann nur noch im Vertretungsfall oder gegen Selbstzahlung aufgesucht werden. Der Zugang zu Fachärzten erfolgt nur per Überweisung – mit Ausnahmen für Gynäkologie, Augen- und Zahnheilkunde – alternativ als Privatleistung. Digitale Prozesse, die Aufhebung der Quartalslogik und Dauerüberweisungen können zusätzliche Erleichterung bringen.

Kollektiv statt Kleinteiligkeit

In manchen Regionen mag die HzV ihren Beitrag zur Patientenkoordination leisten. Doch für eine systematische und solidarische Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems ist ein kollektives Primärarztssystem klar im Vorteil. Nur so bleiben die KVen handlungsfähig – und können ihre Aufgaben für Gesellschaft, Ärzteschaft und Selbstverwaltung zuverlässig erfüllen.



Online-Veranstaltung

Neue Abrechnungsziffern zu Long-COVID

Am 2. April informierte die KV Berlin in einer 90-minütigen Online-Veranstaltung zu Long-COVID in der ambulanten Versorgung sowie zu den neuen Abrechnungsziffern für Long-COVID im EBM. KV-Vorstandsvorsitzender Dr. Burkhard Ruppert sprach einleitende Worte. KV-Beratungsärztin Dr. Annette Dancau führte durch die „Power Hour“.

In einer 90-minütigen „Power Hour“ informierte die KV Berlin zu den neuen Abrechnungsziffern für Long-COVID im EBM (siehe Infobox: „Die neuen Leistungen und ihre Vergütung“) und zur gleichen Erkrankung in der ambulanten Versorgung. Zielgruppe der Veranstaltung waren interessierte Berliner Vertragsärzt:innen und -psychotherapeut:innen, die sich allgemein zur Versorgung von Long COVID-Patient:innen informieren wollten.

Rund 83 Leistungserbringende waren bei der Veranstaltung dabei. An der „Power Hour“ nahmen unter anderem Dr. Burkhard Ruppert, KV-Vorstandsvorsitzender, Dr. Christian Gogoll und Dr. Lucinde Schleifer, das Leitungsduo des Netzwerks Long-COVID der KV Berlin teil sowie, Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen, Direktorin des Instituts für Medizinische Immunologie sowie Leiterin des Fatigue Centrums an der Charité Berlin.

Jetzt an „PAIS Care“ teilnehmen

„Power Hour“ – das bedeutet mehrere Referate in kurzer Zeit. So stellte die Leiterin der Abteilung Abrechnung 1 der KV-Berlin in ihrem Vortrag die neuen EBM-Ziffern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit oder Verdacht auf Long-COVID vor. Der Pneumologe Dr. Christian Gogoll sprach in seinem Referat über den ersten berlinweiten Qualitätszirkel

Anzeige

13. Ärztetag Fr., 13. Juni 2025 / 15 Uhr



Fachvorträge:

- Wenn der Ruhestand näher rückt: Planung der Praxisnachfolge
- Handlungsfähigkeit bewahren: Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung – Ärzte im Spannungsfeld
- Von der Reform zur Realität: Update zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz
- Für alle Fälle vorbereitet: Die Praxis und der Ehevertrag
- Vom Erstgespräch bis zum Haftungsfall: So bleiben Sie auf der sicheren Seite
- Rechtssicher in die Zukunft: Die Bewertung der Arztpraxis
- Wenn sich plötzlich alles ändert – die Arztpraxis im Erbfall

Dompalais Erfurt,

Peterstraße 3, 99084 Erfurt

Anmeldung unter: 0351 4818125

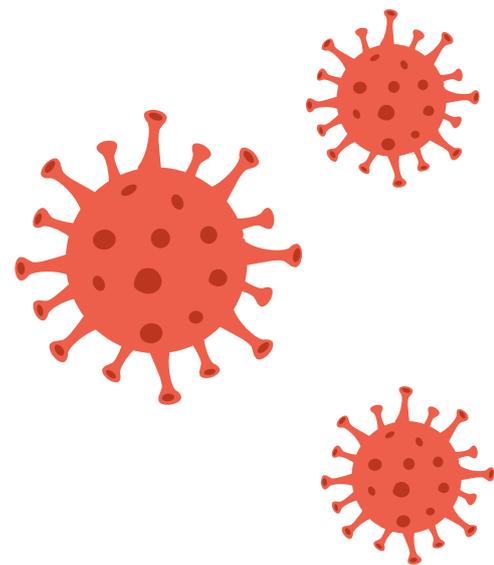
Teilnehmerbeitrag 150 EUR inkl. Buffet und Seminarunterlagen

Pöppinghaus ■ Schneider ■ Haas

Pöppinghaus:Schneider:Haas
Rechtsanwälte PartGmbH

Maxstraße 8 · 01067 Dresden
Telefon 0351 48181-0 · Fax 0351 48181-22

kanzlei@rechtsanwaelte-poeppinghaus.de
www.rechtsanwaelte-poeppinghaus.de



ANZEIGE

**Aufzeichnung der „Power Hour“
im KV-Mitgliederbereich**



**Jetzt Mitglied im Netzwerk
Long-COVID werden**



**Jetzt mitmachen:
PAIS Care Berlin**

Bei PAIS Care werden Patienten durch Hausarztpraxen identifiziert und in die Studie eingeschlossen. So schreiben die Initiatoren des Projekts auf ihrer Internetseite: „Haben Sie Patienten, die unter anhaltenden akuten Symptomen nach einer Infektion leiden? Dann könnten dies Patienten mit post-akut infektiösem Syndrom (PAIS) sein. Werden Sie PAIS-Care-Praxis, nehmen Sie Patienten in die Studie auf und lassen Sie uns diese gemeinsam versorgen.“ Das Anmeldeformular befindet sich auf der Internetseite von PAIS Care Berlin, und kann entweder per E-Mail an paiscare@charite.de oder per Fax an 030 450 7514 500 an die Initiatoren geschickt werden.

**Mehr Informationen
und Anmelde-
möglichkeit zu PAIS Care**



zu Long-COVID. Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen informierte über das Projekt „PAIS Care Berlin“. Das vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Projekt bezieht sich auf neu erkrankte PAIS-Betroffene. Laut ihrer Aussage ist das Ziel des Projektes, die Versorgung von Patienten mit PAIS, einschließlich Post-COVID-Syndrom (PCS), ME/CFS und Posturalem Tachykardie-Syndrom (POTS), „zu verbessern und besser zu strukturieren unter Nutzung bereits bestehender Strukturen für die interdisziplinäre, multimodale und sektorübergreifende PAIS-Betreuung“.

Das Projekt startete Ende März. Leistungserbringende können an dem Projekt teilnehmen (siehe Infobox: „Jetzt mitmachen: PAIS Care Berlin“). Schließlich beantworteten die Referentinnen und Referenten 21 vorab zugesandte Fragen der Teilnehmenden plus weitere spontan im Chat gestellte Fragen.

Sie sind sehr herzlich eingeladen, das Netzwerk Long-COVID für sich zum kollegialen und fachübergreifenden Austausch zu nutzen (siehe QR-Code: „Jetzt Mitglied im Netzwerk Long-COVID werden“).

Die neuen Leistungen und ihre Vergütung

Ziffer	Punkte	Vergütung	Wie oft ansetzbar?	Jährlicher Höchstbetrag
GOP 37800 - Basis-Assessment	164	20,33 Euro	einmal im Krankheitsfall (Jahr)	20,33 Euro
GOP 37801 - Zuschlag für schwere Verläufe	128	15,86 Euro	bis zu zweimal im Krankheitsfall (Jahr)	31,72 Euro
GOP 37802 - Koordination (Hinzuziehen mindestens eines weiteren Kollegen einer anderen Fachrichtung)	141	17,47 Euro	einmal im Behandlungsfall (Quartal)	69,88 Euro
GOP 37804 - Fallbesprechungen (Präsenz, Telefon oder Video)	86	10,66 Euro	bis zu fünfmal im Krankheitsfall (Jahr)	53,30 Euro

Cannabisgesetz

Der legale Joint bleibt weiter umstritten

Auch nach einem Jahr wird die Teillegalisierung von Cannabis kontrovers diskutiert. Die künftigen Partner CDU/CSU und SPD stecken mitten in den Koalitionsverhandlungen. Die Union will das Cannabisgesetz gerne kippen, die Sozialdemokraten daran festhalten. Während die Politik diskutiert, sorgen sich Experten aus der Medizin, um die Folgen für Kinder und Jugendliche.



Seit 2024 ist Cannabis und dessen Konsum in Deutschland in Teilen legalisiert. Der Genuss hat enorme Auswirkungen auf die Psyche junger Menschen.

Wir schaffen das Cannabis-Gesetz der Ampel ab. Dieses Gesetz schützt Dealer und setzt unsere Kinder und Jugendlichen dem Drogenkonsum und der Sucht aus“, schrieb die CDU noch in

ihr Wahlprogramm zur vorgezogenen Bundestagswahl. Was ist aus dem Versprechen nach der Wahl geworden? Nach wie vor wollen CDU und CSU die Cannabis-Legalisierung kippen, ihr potenzieller Koalitionspartner SPD hingegen

nicht. Die Koalitionsarbeitsgruppe Innen/Recht/Migration/Integration ist sich entsprechend uneinig. So sagte der CDU-Rechtspolitiker und Leiter der Arbeitsgruppe, Günter Krings, Anfang März gegenüber der Deutschen Presse-Agentur, dass

die Union alles daransetzen werde, die negativen Auswirkungen der Cannabislegalisierung zu stoppen. Das Cannabis-Gesetz sei ein voller Erfolg, sagt hingegen der SPD-Politiker Dirk Heidenblut in der Frankfurter Rundschau. Es sei „ein Jahr ohne Kriminalisierung und unnötige Verfolgung“. Seiner Meinung nach solle das Gesetz nicht ab-, sondern ausgebaut werden.

Lungenfunktion ändert sich

Soweit der politische Sachstand. Was sagen Experten aus der Medizin? Der Pneumologe Dr. Christian Gogoll verweist zu Anfang des Gesprächs auf ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie. Der Verband warnte bereits 2022, also zwei Jahre bevor das umstrittene Gesetz vom Bundestag verabschiedet wurde, vor gesundheitlichen Risiken der Droge: „Bei regelmäßigem, inhalativem Cannabiskonsum kommt es zu Veränderungen der Lungenfunktion“, heißt es in dem Papier. Genauer: „Cannabisrauch ist genauso schädlich, wie Tabakrauch“, erklärt Dr. Christian Gogoll. „Wegen des Co-Konsums mit Tabak ist der Gebrauch von Cannabis bedenklich“, ergänzt er. Die Folgen: „Es begünstigt die Entstehung eines Lungenemphysems, also eine sogenannte Lungenüberblähung.“ Dieser Effekt unterscheide sich nicht wesentlich vom Tabakkonsum. Ebenso könne sich durch Cannabiskonsum eine chronische Bronchitis und ein anhaltender Husten – und sogar, in dieser Konstellation, ein Lungenkrebs entwickeln. „Durch Feinstaub-Befunde ist bekannt, dass inhalierte Partikel das Auftreten eines Lungenkrebses begünstigen“, erläutert er.

Hingegen sei Cannabiskonsum in Form von Tropfen oder Keksen diesbezüglich unbedenklich. Auch beim sogenannten „Vaping“, also dem Dampfen, gibt Dr. Gogoll keine Entwarnung: „Unabhängig davon, ob Cannabis im Spiel ist, enthält jede E-Zigarette Inhaltsstoffe, die die Lunge schädigen können. Dazu

gehört beispielweise Glycerin.“ Die Verfasser des DGP-Positionspapier empfehlen übrigens bereits 2022, dass eine Legalisierung „aus medizinischen Gründen (...) von größter Sorgfalt begleitet werden“ sollte. Passives Inhalieren von Cannabisrauch ist übrigens nicht weniger schädlich als passives Einatmen von Tabakrauch. „Auch an dieser Stelle kann fortgesetztes Inhalieren zu langanhaltenden Schädigungen führen“, sagt der Pneumologe abschließend. Ähnlich äußern sich die Ärzte Dr. Carsten Urbanek und Mario Urbanek. Ersterer ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Medizininformatiker. Mario Urbanek ist Arzt im Fachbereich Allgemeinmedizin. „Passivrauchen verbindet man primär mit Tabak, doch auch bei Cannabis können relevante Mengen an Tetrahydrocannabinol (THC) und anderen Schadstoffen in der Raumluft zirkulieren, zumal in der Regel parallel Tabak verbrannt wird“, erklären die beiden Ärzte. Die Folge bei längerfristigem oder intensivem Kontakt: „Atemwegreizungen, Benommenheit, Kopfschmerzen“, zählen sie auf. Wie schon Dr. Christian Gogoll zuvor, sagen auch Dr. Carsten Urbanek und Mario Urbanek: „Das Risiko für chronische Bronchitis steigt, ähnlich wie bei regelmäßigen Aktivkonsum.“

Erhöhtes Risiko für die Psyche

Gefragt nach den Folgen des Konsums von Cannabis auf die jugendliche Psyche, antworten die beiden Ärzte: „Gerade bei Jugendlichen, deren Gehirn sich noch in der Entwicklung befindet, sind neurobiologische Strukturen besonders anfällig für Störungen durch psychoaktive Substanzen.“ Als Beleg führen sie Studien an. Die Untersuchungen zeigten, dass regelmäßiger Cannabiskonsum in dieser Altersgruppe das Risiko für psychische Störungen, wie Depression, erhöhe. Außerdem verstärkten sich kognitive Einschränkungen, unter anderem Defizite in der Gedächtnisleistung. Zuletzt würden Langzeitfolgen, wie zum

Beispiel Schulabbrüche, begünstigt. Dabei steige das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, laut den Ärzten mit Häufigkeit und Intensität. Häufiger Konsum, also täglich oder mehrmals, und größere Mengen erhöhten das Risiko, abhängig zu werden sowie kognitive Defizite und psychotische Episoden zu erleiden. Auch bei einem geringen Konsum geben die beiden Mediziner keinesfalls Entwarnung: „Er führt zwar zu geringeren Belastungen, jedoch können einzelne ‚Intensiverfahrungen‘ mit sehr hohem THC-Gehalt auch bei Gelegenheitskonsumenten zu akuten Krankheitsbildern führen“, erklären sie.

Ob das jugendliche Gehirn vom Cannabis-Konsum wieder geheilt werden kann, hänge von individuellen Faktoren ab. Dabei sei an erster Stelle entscheidend, wann der Jugendliche seinen Konsum einstellt. „Je früher ein Aufhören gelingt, desto größer ist die Chance auf zumindest teilweise Erholung“, erläutern Dr. Carsten Urbanek und Mario Urbanek. Außerdem besitze das jugendliche Gehirn eine vergleichsweise hohe Anpassungsfähigkeit, jedoch führe ein intensiver Langzeitkonsum zu bleibenden Einschränkungen. Sie empfehlen eine therapeutische Begleitung: „Psychologische und medikamentöse Interventionen können helfen, kognitive und psychosoziale Defizite zu mindern.“ Ihr Urteil ein Jahr nach der Einführung des Gesetzes fällt gemischt aus: Zwar biete das Gesetz Chancen für Qualitätskontrollen und Entstigmatisierung. Jedoch „ist ein umfangreiches Präventions- und Früherkennungsprogramm notwendig, um langfristig gesundheitliche und finanzielle Schäden für das Gesundheitssystem zu reduzieren“. Für sie sind die prognostizierten Kosten für die Gesellschaft, unter anderem durch Behandlungsaufwand, erheblich. Daher empfehlen die Mediziner eine „ständige wissenschaftliche Evaluation der Legalisierungsfolgen, um etwaige Korrekturen am Gesetz frühzeitig vornehmen zu können“.

set





Frauen im Gesundheitswesen

„Heute bin ich Medizinerin und Mutter“

Der männliche Körper ist die Norm, der weibliche die Abweichung – lange Zeit galt das in der Medizin. Mittlerweile ändert sich das. Die gesundheitliche Versorgung wird mehr und mehr weiblich, und dadurch verändert sich auch der medizinische Blick auf die Geschlechter. Doch noch ist es ein weiter Weg, und es sind zahlreiche Herausforderungen zu meistern – sowohl aus Patientinnen- als auch Ärztinnensicht.

Ein Schlager aus den späten 1950er-Jahren enthält folgende bekannte Songtextzeile: „Es war ihr Itsy-bitsy-Teenie-Weenie-Honolulu-Strandbikini!“ Zu eben jener Zeit war der Strand-Zweiteiler ein Skandal – dennoch kauften ihn die Frauen eifrig. Der Bikini fungierte als Statement: Selbstbestimmung in Form von Bademode. Heute ist er schon lange kein Skandal mehr. Im Bereich der Gesundheit hingegen schon, nämlich dann, wenn der Begriff „Bikini-Medizin“ fällt. Es beschreibt den „Umgang der medizinischen

Versorgung und Forschung mit dem weiblichen Körper“, heißt es hierzu in einem Beitrag in der Modezeitschrift Harpers Bazaar. Laut dem Artikel geht die „Bikini-Medizin“ von der „fehlerhaften Annahme aus, dass die Gesundheit der Frauen sich nur in den körperlichen Bereichen von derjenigen der Männer unterscheidet, die von einem Bikini bedeckt werden“. Die fatale Folge: Erkrankungen bei Frauen, die nichts mit Brust und Unterleib zu tun haben, werden „seltener diagnostiziert“.

Normabweichung weiblicher Körper

Das hat einen Grund. So schreibt das Nachrichtenmagazin Der Spiegel in einem Extra aus dem vergangenen Jahr, dass in der Medizingeschichte der Mensch früher ein Mann war, „sein Körper die Norm, er war der Prototyp“. Wer also die Leiden des Mannes heilen konnte, „dem gelang dies mit Leichtigkeit bei dem in jeder Hinsicht als geringer betrachteten Abbild jener Krone der Schöpfung“. Ging die Behandlung einer Frau dennoch einmal schlecht aus, „und das tat es katastrophal oft in der Medizingeschichte, wurde der Fehler nicht im eigenen Ansatz vermutet, dem möglicherweise falschen Blick auf die weibliche Physis (...), sondern bei der Patientin selbst“.

Medizingeschichte klingt nach Vergangenheit, doch weit gefehlt. Eine Studie des „Global Institute for Global Health“ aus dem Jahr 2022 kommt zu dem Schluss, dass sich wenige Beiträge aus der Wissenschaft mit den Hauptursachen von Krankheit und Tod bei Frauen beschäftigen. Mehr noch: Die Unterschiede, wie Frauen Krankheiten erleben und welche Auswirkungen

das auf die Diagnose und Behandlung haben kann, werden zwar mehr und mehr wahrgenommen. Jedoch vergrößerte sich den Studienergebnissen zufolge die Forschungslücke in den vergangenen zehn Jahren. Laut der leitenden Wissenschaftlerin Laura Hallam hat das einen entscheidenden Grund: Bikini-Medizin. In einem Beitrag auf der Internetseite von „Healthcare in Europe“, der sich mit den Ergebnissen der Studie auseinandersetzt, heißt es, dass sich laut Hallam ganz allgemein zeige, „dass viele Krankheiten, die bei Frauen auch tödlich verlaufen können, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle oder chronische Erkrankungen der Lunge, in Gesundheitsmagazinen für Frauen nur schlecht abgedeckt werden“. Dazu komme, dass sich die meisten Artikel auf Frauen im gebärfähigen Alter konzentrieren – „nur wenige Artikel beschäftigen sich jedoch mit den Wechseljahren“. Die Lebenserwartung von Frauen sei zwar allgemein höher als jene von Männern, „trotzdem verfügen Frauen über weniger gesunde Lebensjahre und einen höheren Anteil von Invalidität im Alter“, sagt Hallam abschließend.

Gender Health Gap

Die systematischen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung von Männern und Frauen schlagen sich in einem weiteren zentralen Begriff nieder: dem Gender Health Gap. Danach erhalten weibliche Patienten oft schlechtere gesundheitliche Ergebnisse und weniger angemessene medizinische Versorgung als Männer. Dr Mandy Mangler, Chefarztin und Ärztliche Direktorin an den Berliner Vivantes Kliniken, fasst den Begriff sogar etwas weiter. Laut ihrer Aussage beschreibt der Begriff eine Unterversorgung von Frauen – und Männern. „Gerade weibliche Patienten sind mit Blick auf die somatische Medizin unterversorgt, unter anderem im Bereich der Inneren Medizin“, erklärt sie. Auch seien bei Studien zu Medikamenten nur 75 Prozent der Proban-



Schon in der Schulzeit faszinierten mich die Naturwissenschaften, was mich zur Biomedizinischen Technik führte, die ich als Diplom-Ingenieurin abschloss. Meine Begeisterung für die medizinischen Technologien, ließen mich nicht los – daher studierte und promovierte ich in Humanmedizin an der RWTH Aachen und programmierte MRT-Sequenzen. Oft hörte ich, eine Karriere in der Medizin sei mit Familie kaum vereinbar. Genau diese Herausforderung hat mich angespornt. Heute bin ich beides: Medizinerin und Mutter. Zwar sind 65 Prozent der Medizinstudierenden Frauen, doch die Facharztweiterbildung folgt weiterhin veralteten Modellen mit wenig Flexibilität für Eltern. Arbeitszeiten von bis zu 50 Prozent plus Überstunden sind für Mütter mit mehreren Kindern kaum zu bewältigen. Die Weiterbildung muss modernisiert werden – mit KI-gestützten Lernformaten, mehr digitalen Möglichkeiten und einem verstärkten Einsatz von Telemedizin. So verbessern wir nicht nur die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, sondern gestalten die Medizin zukunftsfähig.

Dr. Sylvia Thun

Direktorin digitale Medizin und Interoperabilität am Berliner Institut für Gesundheitsforschung an der Charité



foto: Thomas Rafalzyk

den weiblich. Bei Männern bestehe hingegen „eine Unterversorgung im Bereich der mentalen Gesundheit und Krankheitsprävention“, sagt Dr. Mangler. Was gerade die erwähnten fehlenden Daten zu Frauen bei Medikamenten bedeuten, hat der Deutschlandfunk in einem Beitrag beantwortet: Das Geschlecht sei einer von verschiedenen Faktoren die beeinflussen, wie Medikamente vom Körper verarbeitet werden. Laut den Autoren sei gerade das Verhältnis von Wasser, Fett und Muskulatur bei weiblichen und männlichen Körpern verschieden. Arzneimittel würden somit unterschiedlich vom Körper aufgenommen und landen anschließend im Blutkreislauf. Diese geschlechtsspezifische Funktionsweise von Medikamenten könne aufgrund fehlender Studien dazu führen, dass Arzneimittel nicht wirken, weil die Zielorgane nicht erreicht würden. Darüber hinaus könnten sie falsch dosiert werden.

Wenn es um den Gender Health Gap geht, steht eine weibliche Personengruppe schnell im Fokus: Frauen in den Wechseljahren. Wie in der zu Anfang erwähnten Studie, sieht auch Dr. Mandy Mangler gerade Frauen in der Menopause im Nachteil. Sie

„sind oft abgehängt“ und hätten in den Wechseljahren mit verschiedenen Veränderungen zu kämpfen. Dieser Personengruppe könnte man laut Dr. Mangler ein gesundes Altern ermöglichen. Das ist auch nötig, wie Studien aus Großbritannien zeigen: Die mit den Wechseljahren verbundenen Beschwerden wirken sich sehr auf die Arbeitsfähigkeit von Frauen aus und drängen diese mitunter aus dem Arbeitsmarkt. So reduziert laut der Untersuchung fast jede vierte Frau wegen Wechseljahresbeschwerden die Arbeitszeit. Mehr noch: Frauen wollen wegen der Wechseljahre früher kündigen. Jede Dritte wünscht sich von ihren Kollegen, den Vorgesetzten beziehungsweise dem Unternehmen mehr Unterstützung für ihr emotionales und mentales Wohlbefinden. Fast Dreiviertel der Befragten fänden veränderte Arbeitsbedingungen hilfreich. Ein Gedanke, der auch Dr. Mangler vorschwebt: „Am Arbeitsplatz können wir für Frauen beispielsweise die Arbeitsbedingungen flexibler gestalten oder auch deren Arbeitszeit adaptieren.“

Frauen in der Menopause sind auch für Dr. Ute Seeland eine interessante Personengruppe. Die Internistin

trat im März vergangenen Jahres die bundesweit erste Professur für Geschlechtersensible Medizin in Vollzeit mit klinischer Anbindung an der Universitätsklinik Magdeburg an. Gendermedizin? Dazu später mehr. Dr. Ute Seeland sagte 2024 gegenüber dem Nachrichtenmagazin Der Spiegel, dass sie sich mehr um Frauen in den Wechseljahren kümmern wolle. „Die Menopause kommt bisher im Studium nicht vor – obwohl sie medizinisch wirklich sehr bedeutsam ist.“ In der Facharztausbildung der Gynäkologen komme sie hingegen als endokrinologisches Zusatzwissen vor. Dabei spreche man an dieser Stelle, meint Dr. Seeland im Gespräch mit den Spiegel-Autoren, von neun Millionen Frauen. In den Augen der Professorin seien dies Patientinnen, denen oft nicht geglaubt werde, die falsch diagnostiziert würden, die falschen Medikamente in der falschen Dosierung verschrieben bekämen. Doch es gibt auch ein weiteres Problem: „Für Ärztinnen und Ärzte, die eine Beratung für Menschen in der Menopause anbieten wollen, braucht es dringend eine adäquate EBM-Ziffer, damit diese komplexe Leistung abgerechnet werden kann“, erklärt Dr. Mandy Mangler.

Geschlechtssensible Medizin

Wie kann man nun dieser speziellen Schiefelage im Gesundheitsbereich begegnen? Eine Antwort liegt in der bereits angesprochenen Gendermedizin. Laut dem Deutschen Ärztinnenbund (DÄB) bezeichnet die geschlechtsspezifische Medizin „die besondere Beachtung der biologischen Unterschiede von Mann und Frau. Sie impliziert eine geschlechtsspezifische Erforschung und Behandlung von Krankheiten“, gibt der Verband auf seiner Internetseite Auskunft. Geschlechtsspezifische Unterschiede seien vor allem auch bei der Verordnung von Arzneimitteln relevant. Die Integration von geschlechtsspezifischer Medizin in die medizinischen Curricula stecke „in Deutschland noch in den Kinderschuhen“. Das Fazit der Autoren: „Leider finden geschlechtsspezifisch bezogene Forschungsergebnisse bislang nur selten Eingang in die medizinische Lehre.“ Daher fordert der DÄB, dass geschlechtsspezifische Aspekte verbindlicher Teil von Diagnose und Behandlung werden. Eine Pionierin auf diesem Gebiet ist die Ärztin Vera Regitz-Zagroschek. Sie gründete 2003 das Institut für Gendermedizin an der Berliner Charité. Sie hat die deutschlandweit ein-

zigste Professur für Frauenspezifische Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen inne. Viel später, 2024, folgte die bereits erwähnte erste Professur für Geschlechtssensible Medizin an der Uniklinik in Magdeburg. 2021 entstand zudem an der Universität in Bielefeld ein geschlechtssensibler Medizinstudiengang.

Im Juli des vergangenen Jahres veröffentlichte das Bundesbildungsministerium (BMBF) eine Bekanntmachung, in der es hieß, dass geschlechtssensible Forschung gefördert werden soll. Damit unterstützt das BMBF Projekte, die geschlechtsspezifische Unterschiede in der Medizin untersuchen. Ziel ist es, die Datenlage zu verbessern und Therapien entsprechend anzupassen. Auch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) unterstützt die Frauengesundheitsforschung und kündigte eine verbesserte Datenerhebung an. Durch geschlechtsunabhängige Datenerfassung, beispielsweise mittels elektronischer Patientenakten, soll der sogenannte „Gender Data Gap“ verringert werden. Der Gender Data Gap

beschreibt die Tatsache, dass es sehr viel weniger Studiendaten von Frauen gebe, so Brigitte Strahwald, Ärztin und Epidemiologin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, im Deutschen Ärzteblatt. Das habe vor allem im medizinischen Bereich spürbare Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen. Doch gerade der Abbau des Gender Data Gap ermöglicht eine präzisere Analyse geschlechtsspezifischer Gesundheitsunterschiede. Schließlich betont ein Gutachten des BMG, der Berliner Charité, des DÄB und der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin, wie notwendig es ist, Geschlechtersensibilität in die Ausbildung von Gesundheitsberufen zu integrieren. Das Ziel: Zukünftige Fachkräfte sollen die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern berücksichtigen.

Gläserne Decke in der Medizin

Das ist die Sachlage aus Sicht der Patientinnen, doch wie sieht es auf der anderen Seite des Tisches aus? Welche Herausforderungen müssen sich weibliche Leistungserbringende stellen? Stichwort Führungsrolle: Frauen sind auf Entscheider-Ebene unterrepräsentiert. Laut Zahlen des Statistischen Bundesamtes von 2021 beträgt der Frauenanteil im Gesundheits- und Sozialwesen rund 77 Prozent. Die in diesem Bereich tätigen Führungskräfte sind nur zu 61,1 Prozent weiblich. Laut der Untersuchung besteht übrigens der größte Unterschied im Bereich der Unternehmensdienstleister: An dieser Stelle beträgt der Frauenanteil genau 50 Prozent. Doch nur jede fünfte Frau hat eine Führungsposition in diesem Bereich inne. Die Studie „Medical Women on Top“ des DÄB hält in diesem Zusammenhang Licht und Schatten bereit. So ist laut einer Mitteilung des Verbands die gute Nachricht: Der Anteil der Oberärztinnen ist im Jahr 2024 gestiegen. So sind mittlerweile 41 Prozent der Oberarztstellen durch Frauen besetzt. Zum Vergleich: 2022 betrug

Frauen werden häufiger mit traditionell „weiblichen“ Eigenschaften, wie zum Beispiel Fürsorglichkeit, assoziiert, was zu Vorurteilen gegenüber ihrem Führungsstil führen kann. Ein weiterer Faktor besteht in der Vereinbarkeit von Karriere und Familie. Zudem hinterfragen Frauen häufiger ihre Fähigkeiten. Sind oft der Überzeugung, alles fehlerfrei machen zu müssen. Damit einher geht die geringe Selbstvermarktung. Frauen neigen dazu, ihre Erfolge weniger sichtbar zu machen als Männer. Zudem erschweren die bestehenden Seilschaften und die männlich dominierten Netzwerke den Zugang für Frauen. Frauen müssen oft mehr leisten als Männer, um als kompetent wahrgenommen zu werden. Sie sind mit höheren Erwartungen, stärkeren Leistungsnachweisen und Geschlechterstereotypen konfrontiert, bevor sie in Führungspositionen aufsteigen. Meine Empfehlung an alle Frauen: mehr Mut und Selbstvertrauen.

Rita Erz,

European Business Coach, Autorin



Foto: privat

ihr Anteil noch 37 Prozent. In der Pathologie und der Kinderheilkunde sowie der Dermatologie (mehr als 50 Prozent) und Frauenheilkunde (mehr als 60 Prozent) ist laut den Studienergebnissen „sogar Parität erreicht“. Hingegen hat sich die Zahl der Klinikdirektorinnen nur minimal erhöht: Laut der Untersuchung stieg der Anteil lediglich von 13 auf 14 Prozent. „Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die gläserne Decke in der Medizin noch immer vorhanden ist“, resümiert Prof. Gabriele Kaczmarczyk, Autorin der Studie und Senior Consultant beim DÄB. „Der gestiegene Anteil an Oberärztinnen ist eine erfreuliche Entwicklung, doch der Weg zu den Spitzenpositionen der Universitätsmedizin scheint Frauen noch immer verbaut zu sein.“ Somit hätten weiterhin fast nur Männer Einfluss auf die Ausbildung der Medizinstudierenden, auf Therapieentscheidungen und auf die Auswahl von Forschungsthemen.

Laut der Befragung ist ein Grund für den geringen Frauenanteil in Führungsrollen, unter anderem die schwierige Vereinbarkeit von Familie mit Beruf und Karriere. Noch immer seien es zum größten Teil Frauen, die neben der Berufstätigkeit die Versorgung von Kindern und Haushalt oder die Pflege von Angehörigen übernehmen. „Aufgrund der regulären Arbeitszeit plus Nacht- und Wochenenddiensten arbeiten viele Ärztinnen nur in Teilzeit, sobald sie Kinder haben“, sagt Dr. Christiane Groß, Präsidentin des DÄB. Mit einer halben Stelle verdoppelt sich die Weiterbildungszeit bis zur Facharztqualifikation und die Frauen gehen, „wenn überhaupt, um Jahre später ins Rennen um Führungspositionen“. Für die Führungskräfte-Coachin Rita Erz keine Überraschung: Gerade die Vereinbarkeit von Karriere und Familie sei eine Herausforderung für weibliche Führungskräfte. Frauen „tragen häufig noch einen größeren Anteil an familiären Verpflichtungen, was Karrierefortschritte hemmen kann“, erklärt die Coachin.



Ich wollte schon immer Menschen helfen, karitativ tätig sein. Das werde ich hoffentlich noch mehr betreiben als jetzt. Für mich war und ist Gesundheit schon immer ein hohes und wichtiges Gut. Das größte Hindernis auf dem Weg zu der Position, auf der ich heute bin, war Vereinbarkeit und mein Wunsch Familie und Beruf zu kombinieren, auch wurde ich oft nicht für voll genommen. Heute versuche ich weiterhin Beruf und Familie zu vereinbaren. Das Familienleben ist eine tägliche Herausforderung (lacht). Meiner Meinung nach ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Frauen in der Medizin ein großes Thema. Der gesamte Gesundheitsbereich muss familienfreundlicher werden, es bedarf großangelegter Mentoring-Programme und der generellen Abschaffung jeglicher patriarchalen Strukturen innerhalb des Gesundheitswesens.

Dr. Mandy Mangler,

Chefärztin und Ärztliche Direktorin an den Berliner Vivantes Kliniken, außerdem Professorin, Podcasterin und Autorin



Mut und Selbstvertrauen

Eine Tatsache, die sowohl Chefärztin Dr. Mandy Mangler als auch Dr. Sylvia Thun, Direktorin digitale Medizin und Interoperabilität am Berliner Institut für Gesundheitsforschung an der Charité, bestätigen. „Das größte Hindernis auf dem Weg zu der Position, auf der ich heute bin, war Vereinbarkeit und mein Wunsch, Familie und Beruf zu kombinieren. Auch wurde ich oft nicht für voll genommen“, sagt Dr. Mangler. Heute versuche sie weiterhin, Beruf und Familie zu vereinbaren. Das Familienleben sei eine tägliche Herausforderung, fügt sie lachend hinzu. Ähnliches erzählt auch Dr. Thun: „Oft hörte ich, eine Karriere in der Medizin sei mit Familie kaum vereinbar.“ Sie sah es als Herausforderung, es spornte sie an: „Heute bin ich beides: Medizinerin und Mutter.“ Doch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bleibe eine Herausforderung: „Zwar sind 65 Prozent der Medizinstudierenden

Frauen, doch die Facharztweiterbildung folgt weiterhin veralteten Modellen mit wenig Flexibilität für Eltern“, erklärt sie. „Arbeitszeiten von bis zu 50 Prozent plus Überstunden sind für Mütter mit mehreren Kindern kaum zu bewältigen.“

Dazu kommt, dass Frauen oft mehr leisten müssten als Männer, „um als kompetent wahrgenommen zu werden“, sagt Rita Erz. Oft seien sie mit stärkeren Leistungsnachteilen und Geschlechterstereotypen konfrontiert, bevor sie in Führungspositionen aufsteigen. Manchmal jedoch könnten es auch die eigenen Denkmuster sein, die der Frau im Weg stehen: So würden Frauen eher an sich zweifeln und hätten einen gewissen Hang zum Perfektionismus. Auch neigten sie dazu, „ihre Erfolge weniger sichtbar zu machen als Männer“, sagt Rita Erz. Sie empfiehlt: „mehr Mut und Selbstvertrauen“. Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen

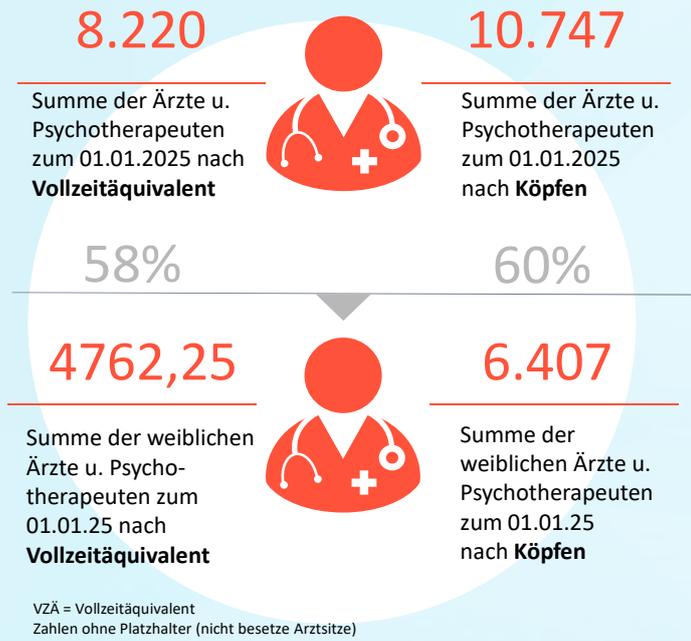


Abb. 1: Anzahl /Anteil der weiblichen Vertragsärzte und angestellten Ärzte und Psychotherapeuten.

Vereinigung (KV) Berlin, wünscht sich an dieser Stelle, „dass Frauen nicht immer nach Politik und Staat schreien müssen, damit ihre Führungsqualitäten auch von Männern respektiert und in der Führungsentwicklung beachtet werden“. Als Reaktion auf die Studienergebnisse fordert der DÄB übrigens unter anderem sogenanntes „Top-Sharing“. Das heißt: Wenn eine Führungsposition besetzt wird, sollte es die Möglichkeit geben, sich den neuen Aufgaben als Doppelspitze zu stellen. Auf diese Weise entstünden flexiblere Führungs- und Arbeitszeitmodelle. Außerdem sollten Berufungskommissionen paritätisch besetzt sein und Gleichstellungsbeauftragte integriert werden. Ebenso brauche es niederschwellige Kinderbetreuungsangebote und flexible Arbeitszeiten – „nur zwei Aspekte, die eine bessere Vereinbarkeit fördern können“, schreibt der DÄB.

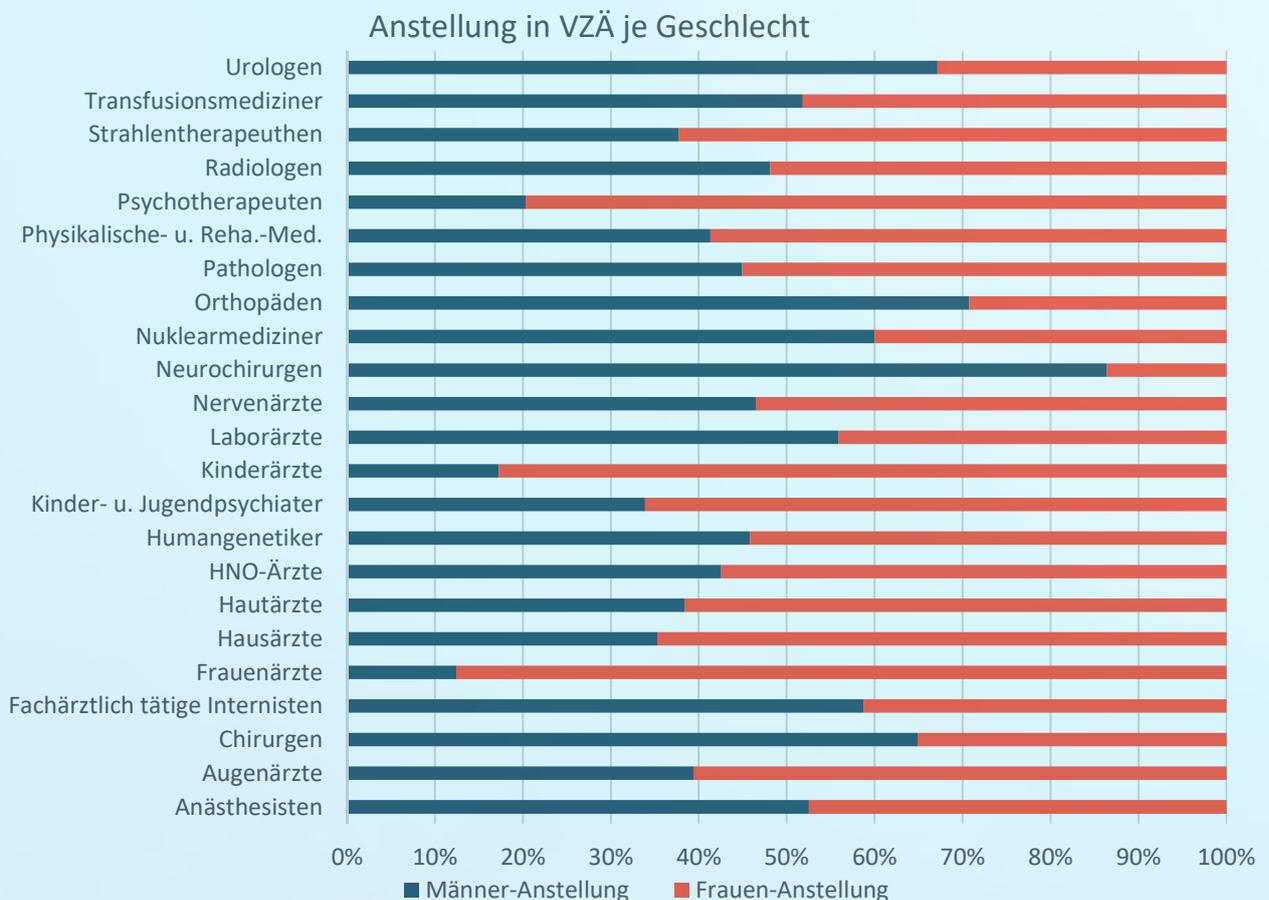


Abb. 2: Zum 1.1.2025 waren 60 Prozent der in Anstellung tätigen Ärzt*innen/Psychotherapeut*innen weiblich

Grafik: KV Berlin

Tragende Pfeiler sind Frauen

Die Zukunft der KV Berlin jedenfalls, sie ist weiblich: „Über die Hälfte der KV-Mitglieder in Berlin sind Frauen – in einigen Fachrichtungen, wie unter anderem bei den Hausärztinnen, Gynäkologinnen und Psychotherapeutinnen ist ihr Anteil noch deutlich höher“, sagt Dr. Christiane Wessel (siehe Abb. 1 und 2) und ergänzt: „Auch die Mitarbeitenden in den Praxen sind zu 90 Prozent weiblich.“ Anlässlich des Internationalen Frauentags wies zudem Dr. Lea Gutz, Psychologische Psychotherapeutin und Mitglied in der Vertreterversammlung der KV Berlin, auf folgende Tatsache hin: „73 Prozent der ambulanten vertragsärztlichen Psychotherapeuten in Berlin sind Frauen.“ Sie stemmten damit den Großteil der ambulant psychotherapeutischen Versorgung. „Ihr Engagement ist entscheidend für die psychische Gesundheit unserer Gesellschaft und rettet Leben“, resümiert Dr. Gutz. Dazu kommt: 70 Prozent der Belegschaft der Hauptstadt-KV sind Frauen. Sie alle sind die tragenden Pfeiler des ambulanten Gesundheitswesens. Ein gutes Beispiel dafür ist Dr. Brigitte Bachmann. Am 1. April 1975 begann ihre Tätigkeit als Allgemeinmedizinerin in einer Praxis in Adlershof. In



Meine Tante, selbst eine Krankenschwester, überzeugte mich, die Ausbildung als MFA zu absolvieren. Ich dachte auch, es wäre nicht schlecht, etwas zu lernen, was man immer gebrauchen kann. Auch gehöre ich einer anderen Generation an als meine Großeltern und Eltern: Sie suchten nach Sicherheit. Mir hingegen ging es immer darum, was ich damit anfangen kann, wie es mich als Mensch in meiner Entwicklung fordert. Mich treibt der Wissensdurst an und der unerschütterliche Glaube, dass ich kleine Dinge bewegen kann. Ähnlich geht es mir auch in meinem Ehrenamt. Da sind es vor allem die Menschen, denen ich begegne, die nicht nur über etwas reden wollen, sondern ebenso dafür brennen, kleine Dinge zu bewegen, um etwas zu verbessern. Das tolle Gefühl, etwas Gutes zu tun, ist wichtiger als eine Designerhandtasche. Ein Anliegen, das mir besonders am Herzen liegt, ist die Anerkennung unseres Berufszweiges, der ebenso wichtig ist wie der ärztliche und pflegerische.

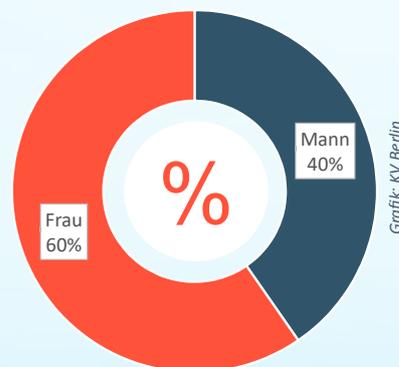
Patricia Ley,

Vizepräsidentin Verband medizinischer Fachberufe e. V.



der DDR musste sie sich zunächst zwei Jahre lang auf Probe bewähren. Aus zwei Jahren sind mittlerweile fünf Jahrzehnte ärztlicher Tätigkeit in Treptow geworden. Sie ist 82 Jahre

und möchte weitermachen. „Damit ich im Körper und im Geist fit bleibe und solange ich kann, werde ich es beibehalten“, sagt sie. Die Anzahl der weiblichen und männlichen Ärzte und



Grafik: KV Berlin

Abb. 3: Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten innerhalb eines Lebensalters sowie der Anteil an der Gesamtheit nach deren Geschlecht 01.01.2025

Psychotherapeuten in Berlin liegt bei diesem Lebensalter gleichauf (siehe Abb 3: „Geschlechterverteilung Alter“). Anders sieht es im Alter von 34 bis 64 Jahren aus. In dieser Zeit versorgen weit mehr Ärztinnen und Psychotherapeutinnen Patientinnen und Patienten. Erst mit ungefähr 66 Jahren nähern sich die Geschlechter mit Blick auf die Verteilung wieder an. Die KV Berlin jedenfalls ehrte



Ich habe mich für den Beruf als MFA entschieden, da ich gerne Menschen helfe und unterstütze. Jobs im Gesundheitswesen bieten einen sicheren Arbeitsplatz. Das war mir sehr wichtig. Außerdem sind sie begehrt, denn der medizinische Bereich wächst ständig. Für mich als Frau war es schwer, in dem Beruf Fuß zu fassen, da ich beruflich auf unterschiedliche Charaktere gestoßen bin. An dieser Stelle wurde es mir nicht immer einfach gemacht. Ich wollte jedoch unbedingt MFA werden. Dabei musste ich viele Praxen durchlaufen, es fehlte oft an Wertschätzung. Die Arbeitszeiten sind gerade für Frauen mit Familie und Kindern sicherlich ein Problem. Jetzt in der KV Praxis ist es mit den angestellten Ärzten lockerer und es bereitet mir viel Freude. Die Dankbarkeit der Patienten und die Anerkennung hält mich in diesem Job.

Anna Naudsch,
Medizinische Fachangestellte
in der KV Praxis Treptow-
Köpenick



Photo: KV Berlin

Dr. Bachmann zu ihrem 50-jährigen Praxisjubiläum, gemeinsam mit ihrer langjährigen Mitarbeiterin Agnes Gebhard, die übrigens, obwohl selbst bereits im Rentenalter, ebenso noch lange nicht ans Aufhören denkt.

Auch Anna Naudsch ist als MFA in einer Hausarztpraxis tätig, genauer: in einer KV Praxis in Treptow-Köpenick. Ihrer Meinung nach bieten Jobs im Gesundheitswesen einen sicheren Arbeitsplatz. „Das war mir sehr wichtig. Außerdem sind sie begehrt, denn der medizinische Bereich wächst ständig, und immer mehr Menschen benötigen medizinische Pflege.“ Damit spricht sie eine der vielen Herausforderungen an, mit der sich das Gesundheitssystem künftig auseinandersetzen muss: den demografischen Wandel. Das bedeutet: Immer mehr Menschen werden älter – und damit multimorbider. Frauen wie Anna Naudsch werden gebraucht. Dabei war es für sie anfangs schwer, in dem Beruf zu fassen, „da ich beruflich auf unterschiedliche Charaktere gestoßen bin“, erzählt Naudsch. Sie wollte jedoch unbedingt MFA werden. Dazu kam, dass sie viele Praxen durchlaufen musste und es oft an Wertschätzung fehlte. Die Arbeitsatmosphäre sei oft angespannt gewesen. Jetzt in der KV Praxis sei das anders: Mit den angestellten Ärzten ist das locker und es „bereitet mir

viel Freude“. Sie sagt aber auch: Im Allgemeinen müsste in freiberuflichen Praxen das Gehaltsniveau stark angehoben werden, da die Belastung durch immer größer werden den Personalmangel steige. Fachkräftemangel – noch eine Sache, die in diesem Bereich rein statistisch vor allem Frauen auffangen. Wie schon zuvor Dr. Mangler und Dr. Thun, sagt auch Anna Naudsch: „Die Arbeitszeiten sind sicherlich auch ein Problem, gerade für Frauen mit Familie und Kindern. Ein Vollzeitjob ist oft nicht möglich, da die Arbeitszeiten schlecht zu organisieren sind.“ Ihr jedenfalls gefalle der Arbeitsalltag in der KV Praxis, und die Aufgaben sowie die Zusammenarbeit im Team machten ihr viel Spaß.

Patricia Ley arbeitet im Gesundheitsbereich und hat eine ganz besondere Tante. Sie ist Krankenschwester und überzeugte Ley, die Ausbildung als MFA zu absolvieren. „Ich dachte auch, es wäre nicht schlecht etwas zu lernen, was man immer gebrauchen kann“, erklärt Ley. Sie gehöre außerdem einer Generation an, die andere Bedürfnisse hat, als die ihrer Großeltern oder Eltern. „Sie suchten nach Sicherheit. Mir hingegen ging es immer darum, was ich damit anfangen kann, wie es mich als Mensch in meiner Entwicklung fordert. Mich treibt der Wissensdurst an und der unerschütterliche Glaube, dass ich



Foto: Yves Sucksdorff

Über die Hälfte der KV-Mitglieder in Berlin ist weiblich – in einigen Fachrichtungen, wie unter anderem bei den Hausärztinnen, Gynäkologinnen und Psychotherapeutinnen ist der Anteil noch deutlich höher. Auch die Mitarbeitenden in den Praxen sind zu über 90 Prozent weiblich. Das heißt, ohne uns Frauen ist die Sicherstellung der ambulanten Medizin schon lange nicht mehr gewährleistet.

Dr. Christiane Wessel,
stellvertretende
Vorstandsvorsitzende der
KV Berlin

kleine Dinge bewegen kann.“ Die sprichwörtlichen Dinge bewirkt Patrica Ley auch: Sie ist Vizepräsidentin des Verbands medizinischer Berufe. „Im Verband verrete ich unsere Berufe in der Bildungspolitik. Eines der Ziele ist es, unsere Berufe zukunftsfähig zu machen, sowohl in einem sich verändernden Gesundheitswesen als auch einer sich wandelnden Gesellschaft.“ Im Verband trifft sie auf Gleichgesinnte: „Da sind es vor allem die Menschen denen ich begegne, die nicht nur über etwas reden wollen, sondern ebenso dafür brennen, kleine Dinge zu bewegen, um etwas zu verbessern.“ Es sei das tolle Gefühl, etwas Gutes zu tun und das „ist wichtiger als eine Designerhandtasche“. Ein Anliegen, was ihr dabei besonders am Herzen liegt, „ist die Anerkennung unseres Berufszweiges, der ebenso wichtig ist wie der ärztliche und pflegerische“.

Medizin zukunftsfähiger machen

Wie bereits erwähnt sind weit über die Hälfte der Berliner KV-Mitglieder Frauen. Der Schritt in die Niederlassung ist für viele Ärztinnen und Psychotherapeutinnen ein bedeutender Meilenstein – aber auch eine Herausforderung, teilt das Team der Niederlassungsberatung der KV Berlin auf Anfrage des KV-Blatts mit. „Neben fachlichen und wirtschaftlichen Aspekten spielen oft persönliche und familiäre Überlegungen eine Rolle.“ Die Berliner KV unterstütze dabei gezielt junge Ärztinnen und Psychotherapeutinnen auf ihrem Weg in die Selbstständigkeit und helfe dabei, individuelle Lösungen für eine erfolgreiche Niederlassung zu finden. Dabei betont die Niederlassungsberatung, dass eine eigene Praxis attraktive Möglichkeiten bietet: flexible Arbeitszeiten, eigenverantwortliche Patientenversorgung und eine langfristige berufliche Perspektive. Gleichzeitig bestünden auch Bedenken – etwa hinsichtlich der finanziellen Investition, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder der administrativen Anforderungen. Dahingehend möchte die KV Berlin Abhilfe schaffen und fördert Frauen in der Niederlassung – und dass in vielerlei Hinsicht: individuelle Beratung bei Fragen

rund um Finanzierung, bei der Planung der Zukunft und Familiengründung – Stichwort: Vereinbarkeit von Familie und Beruf – oder auch durch Flexibilisierungsmöglichkeiten wie Teilzeitmodelle, Jobsharing oder Kooperationen, „die eine flexible Gestaltung der Niederlassung ermöglichen“.

Auch im Gespräch mit der Niederlassungsberatung taucht eine zentrale Forderung von Ärztinnen und Psychotherapeutinnen wieder auf: die Vereinbarkeit von Familie und Karriere. Daran hängt viel, nämlich die Herausforderung, dass noch mehr Frauen den Weg in die Medizin finden – was schließlich, wie Dr. Mandy Mangler zu Anfang des Beitrags sagte, beiden Geschlechtern zugutekommt, denn vom Gender Health Gap sind Frauen und Männer gleichermaßen betroffen. Dafür muss sich das gesamte System ändern – oder besser: „Der gesamte Gesundheitsbereich muss familienfreundlicher werden, es bedarf großangelegter Mentoring-Programme und der generellen Abschaffung jeglicher patriarchalen Strukturen innerhalb des Gesundheitswesens“, mahnt Dr. Mandy Mangler. Ähnlich sieht es Dr. Sylvia Thun: „Die Weiterbildung muss modernisiert werden – mit KI-gestützten Lernformaten, mehr digitalen Möglichkeiten und einem verstärkten Einsatz von Telemedizin“, sagt sie und fügt hinzu: „So verbessern wir nicht nur die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, sondern wir gestalten die Medizin zukunftsfähig.“



**Die Niederlassungsberatung
der KV Berlin**



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.

Welchen zeitlichen Umfang umfasst der im EBM aufgeführte Krankheitsfall?

Der Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen.

Beispiel: Eine Gebührenordnungsposition (GOP) wurde 4-mal im Quartal 1/2022 und 2-mal im Quartal 2/2022 abgerechnet. Insgesamt ist diese GOP 6-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Da der Krankheitsfall das aktuelle sowie die drei folgenden Quartale umfasst, beginnt der neue Krankheitsfall mit dem Quartal 1/2023. Das heißt, bereits im Quartal 1/2023 kann diese GOP wieder 6-mal abgerechnet werden.

Ich schaffe es nicht, innerhalb der regulären Abrechnungsfrist meine Quartalsabrechnung zu übermitteln. Welche Möglichkeiten habe ich?

Sie haben die Möglichkeit, einen Antrag auf Verlängerung der Abgabefrist für die Quartalsabrechnung zu stellen, wenn die fristgerechte Übermittlung der Abrechnungsdatei aus

triftigen Gründen nicht möglich sein sollte. Urlaubsbedingte Fristverlängerungen werden hierbei nicht berücksichtigt. Bitte reichen Sie Ihren begründeten Antrag (aus welchem Grund erfolgt eine verspätete Einreichung und bis zu welchem Datum möchten Sie verlängern) auf Fristverlängerung bis zum achten Tag des neuen Quartals schriftlich über die folgende E-Mail-Adresse bei der KV Berlin ein: abrechnungsfrist@kvberlin.de. Dies ist



geregelt in § 4a Abs.4 der Abrechnungsordnung der KV Berlin, siehe QR-Code.

Muss ich die Nachweise für die erfolgte Masernschutzimpfung bei der KV Berlin einreichen?

Nein, bitte reichen Sie Ihre Nachweise eines Masernschutzes nicht bei der KV Berlin ein. Das „Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention“ (Masernschutzgesetz) verpflichtet alle Mitarbeiter:innen in medizinischen Einrichtungen und in Gemeinschaftseinrichtungen, ihren Impfschutz oder ihre Immunität gegen Masern nachzuweisen. Diese Nachweise sind in der Praxis aufzubewahren. Fehlende Nachweise

müssen gemeldet werden – in Berlin erfolgt die Meldung schriftlich an das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo).

Müssen Patient:innen vor Ort sein, wenn ich die ePA mit Daten fülle?

Nein, sofern Patient:innen der Praxis vorab eine Zugriffsberechtigung erteilt haben, ist es nicht erforderlich, dass diese Personen bei der Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) anwesend sind.

Benötige ich als Vertragsärzt:in/-psychotherapeut:in eine Berufshaftpflichtversicherung?

Ja, gemäß § 95e SGB V sind Vertragsärzt:innen und -psychotherapeut:innen verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus der Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern. Dies gilt entsprechend für MVZ sowie für ermächtigte Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, soweit für deren Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.

Hausärztlich niederlassen mit mustergültigem Fahrplan

Hausärzte sind unverzichtbar für unsere medizinische Versorgung. Entscheidend für Sie und Ihre Patienten ist deshalb die kluge Planung Ihrer Niederlassung. Unser Seminar bietet dafür ganz konkrete Unterstützung: Expertenwissen zur Wahl der richtigen Praxisräume sowie zu Finanzierung und Abrechnung, Impulse für Personalführung und Praxismanagement sowie die Gelegenheit zum Austausch mit Referierenden und Teilnehmenden. So legen Sie den Grundstein für Ihre erfolgreiche hausärztliche Zukunft.



Jetzt anmelden und durchstarten mit dem Masterplan für Ihre Selbständigkeit.

Freitag 23. Mai 2025
14:00 bis 18:30

Berliner Sparkasse
Alexanderplatz 2, 10178 Berlin

Jetzt kostenlos anmelden
(begrenzte Teilnehmerzahl):
heilberufe@berliner-sparkasse.de



Weitere Seminarangebote

**Erfolgreiches Personalmanagement:
Finden – Binden – Führen**

Mittwoch, 25. Juni 2025

**Bürokratie reduzieren
durch Digitalisierung**

Mittwoch, 8. Oktober 2025

Jetzt kostenlos anmelden:
berliner-sparkasse.de/heilberufe-termine



Berliner
Sparkasse

Labordiagnostik

Laborpfad aus dem Bereich der entzündlichen Erkrankungen

Mit der rheumatoiden Arthritis (RA) hat die interdisziplinäre Kommission der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Erarbeitung von Empfehlungen zum labordiagnostischen Vorgehen einen ersten labordiagnostischen Pfad aus dem Bereich der entzündlichen Erkrankungen entwickelt. Der Pfad ist der siebte Teil der KV-Serie zur Laboratoriumsdiagnostik.



Der Laborpfad enthält auch die ACR/EULAR-Kriterien. Sie dienen als Klassifikationskriterien für die Diagnose der frühen RA und insbesondere der seronegativen RA und befassen sich mit den vielen Differentialdiagnosen zur RA. Die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis erfolgt zwar

in erster Linie über die klinische Symptomatik und Anamnese, wird jedoch aufgrund des sehr heterogenen klinischen Bildes der frühen RA durch Labordiagnostik sinnvoll und effizient ergänzt. Bei allen Patientinnen und Patienten mit Gelenkschwellungen, für die es keine eindeutige andere Ursache gibt,

sollten die ACR/EULAR-Kriterien verwendet werden, um die Diagnose zu bestätigen. Die Differentialdiagnose zur RA ist sehr vielschichtig und bedarf unter dem Aspekt einer auch wirtschaftlichen Diagnostik einer ausführlichen Anamnese. Der Grund: Durch geeignete Untersuchungen sollen die in Betracht

kommenen Nicht-RA-Ursachen wie Arthrose oder auch postinfektiöse Arthritiden – ausgelöst durch zum Beispiel Parvovirus B19, Chlamydien, Mykoplasmen, Ureaplasmen, Yersinien, Chikungunyavirus – beziehungsweise eine posttraumatische/degenerative Synovitis geklärt werden.

Basisdiagnostik

Im Rahmen der Anwendung der bereits genannten ACR/EULAR-Kriterien spielen zur Klassifikation einer über sechs Wochen bestehenden Synovitis labordiagnostische Untersuchungen bei den Kriterien „Serologie“ und „Akute-Phase-Parameter“ eine wichtige Rolle. In der „Serologie“ werden der Rheumafaktor (RF) mit dem Isotyp IgM sowie die Anti-citrullinierte Protein-Antikörper (ACPA) benötigt. Rheumafaktoren sind Autoantikörper, die sich gegen Epitope des Fc-Abschnittes von IgG-Antikörpern richten und bei circa ein Drittel der RA-Erkrankten vorkommen. Darüber hinaus auch bei circa fünf Prozent der gesunden Bevölkerung sowie bei Infektionskrankungen, Neoplasien und Autoimmunerkrankungen. Mit einer Sensitivität von circa 60 Prozent macht der Nachweis von IgM-RF das Vorliegen einer RA wahrscheinlicher bei einer Spezifität von ungefähr 80 Prozent, insbesondere bei niedrigen Werten und im frühen Krankheitsstadium der RA.

Auffällige ACPA-Titer werden mit ähnlicher Sensitivität, jedoch sehr hoher Spezifität – circa 98 Prozent – gemessen, weswegen sie eine wichtige und sinnvolle ergänzende Labordiagnostik darstellen. Sind RF und ACPA beide positiv, liegt der positive prädiktive Wert bei 98 Prozent für das Vorliegen einer RA. Da insbesondere die ACPA mit einem aggressiven Verlauf einer RA assoziiert sind und zudem als Risikofaktor

für einen schweren persistierenden Verlauf der RA gelten, sollte nach der Diagnosesicherung auch eine frühzeitige Therapie erfolgen. Zur Einschätzung der Entzündungsaktivität eignen sich die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) sowie das C-reaktive Protein (CRP) als „Akute-Phase-Parameter“ und sollten hier in Ergänzung zur Serologie eingesetzt werden. Eine seropositive rheumatoide Arthritis (RA) kann diagnostiziert werden, wenn die Entzündungswerte erhöht sind und mindestens einer der beiden serologischen Marker positiv ist. Voraussetzung dafür ist das Vorliegen einer Synovitis in ein bis zehn kleinen Gelenken sowie eine Symptombdauer von mehr als sechs Wochen.

Stufendiagnostik

Schwach positive oder auch unauffällige Laborbefunde schließen hingegen eine rheumatoide Arthritis nicht vollständig aus, weswegen eine Verlaufsuntersuchung erforderlich sein kann und darüber hinaus nach sechs bis acht Wochen auch die fachspezifische rheumatologische Fallbewertung in Betracht gezogen werden sollte. In dem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass ACPA zwar auch schon vor der klinischen Symptomatik nachweisbar sind und deswegen einen wichtigen Hinweis darstellen, sie jedoch die Krankheitsaktivität nicht widerspiegeln. Deswegen ist diese



Gastbeitrag von Dr. Michael Müller

**Facharzt für
Laboratoriumsmedizin**

Laboruntersuchung auch nur einmal im Krankheitsfall, also innerhalb von vier Abrechnungsquartalen, abrechenbar. Das sollte bei der Indikationsstellung und Überweisung berücksichtigt werden.

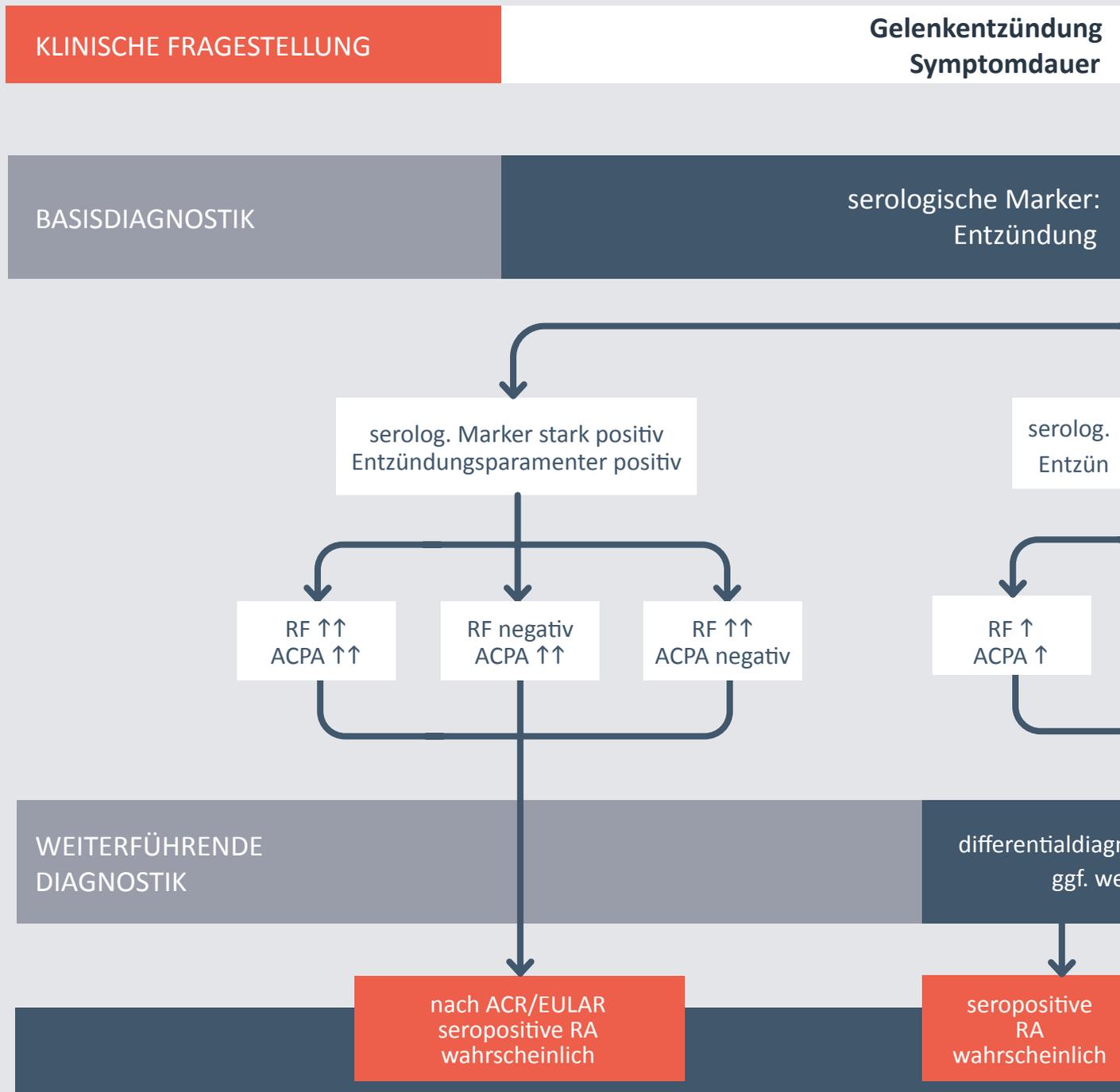
Der Beileger II zu den labordiagnostischen Empfehlungen enthält eine lange Liste von Differentialdiagnosen, von denen die Kollagenosen und Vaskulitiden labordiagnostisch durch entsprechende Autoantikörper erfassbar sind. Letztlich sollte bei der Indikationsstellung zur Labordiagnostik im Rahmen der Differentialdiagnostik stets die Anamnese sowie der klinische Verlauf führend sein und die weitere Abklärung gegebenenfalls in konsiliarischer Abstimmung mit dem Facharztlabor als Stufendiagnostik erfolgen.



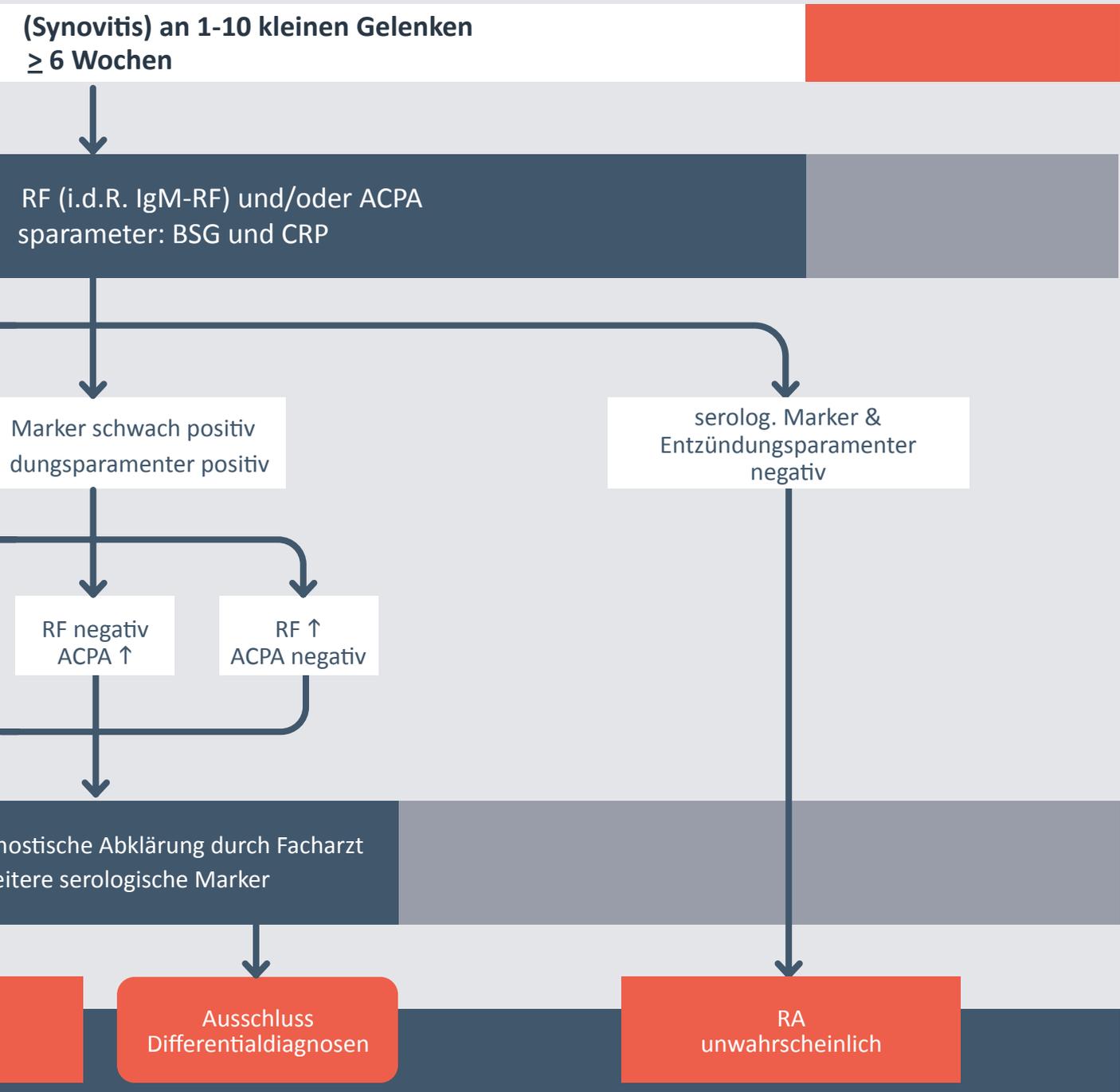
Weitere Informationen
zu den Empfehlungen
zur Labordiagnostik:
rheumatoide Arthritis



Ablaufschema: Labordiagnostik der rheumatoiden Arthritis



ACPA = Anti-citrullinierte Protein-Antikörper
 ACR/EULAR = American College of Rheumatology/European League against Rheumatism
 BSG = Blutsenkungsgeschwindigkeit
 CRP = C-reaktives Protein
 i.d.R. = in der Regel
 RA = rheumatoide Arthritis
 RF = Rheumafaktor



Labor

Fallwerte beim Wirtschaftlichkeitsbonus angepasst

Die begrenzenden Fallwerte zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus Labor werden abgesenkt. Damit werden die Fallwerte an die seit 1. Januar 2025 geltende neue Bewertung von Laborleistungen angepasst.

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses (BA) wird der Wirtschaftlichkeitsbonus entsprechend der stattgefundenen Änderungen zum 1. Quartal 2025 angepasst. Die Anpassung betrifft alle Arztgruppen, die einen Wirtschaftlichkeitsbonus erhalten.

Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus

Zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus gibt es zwei entscheidende Parameter: die tatsächlich veranlassten, bezogenen und die eigenerbrachten Laborleistungen der EBM-Abschnitte 32.2 (Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen) und 32.3 (Spezielle Untersuchungen) der Praxis sowie die arztgruppenspezifischen begrenzenden Fallwerte. Letztere geben vor, wie hoch die

durchschnittlichen Laborkosten je Fall sein dürfen, um den Wirtschaftlichkeitsbonus zu erhalten.

Dabei gibt es für jede Fachgruppe zwei Werte: einen unteren begrenzenden Fallwert – bis zu diesem erhalten Ärztinnen und Ärzte den Bonus in voller Höhe – und einen oberen begrenzenden Fallwert – ab diesem erhalten sie keinen Bonus. Liegen die Laborkosten der Praxis zwischen beiden Werten, wird der Wirtschaftlichkeitsbonus anteilig ausgezahlt.

Die Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus erfolgt mit der Gebührenordnungsposition (GOP) 32001. Sie wird von der Kassenärztlichen Vereinigung zugesetzt und je nach Fachgruppe gemäß EBM unterschiedlich hoch vergütet.

Weitere Anpassungen

Darüber hinaus hat der BA klargestellt, dass die Abrechnungsausschlüsse der zum 1. Januar in den EBM aufgenommenen GOP für das laborärztliche Honorar beziehungsweise die Kostenpauschalen für in-vitro-diagnostische Leistungen neben der Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschale auch für ermächtigte Ärztinnen und Ärzte gelten.

Weitere Informationen und eine Übersicht der neuen Fallwerte ab 1. Juli 2025 finden Sie bei der KBV unter:



Anzeige

MedConsult
Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

FAB

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

- **Praxiskauf**
- Niederlassungsberatung

- **Praxis Kooperation**
- Job-Sharing-Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

Burkhardt Otto
Olaf Steingräber
Volker Schorling
Paul Amler

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



WEN SUCHEN WIR?

- Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Kolleginnen und Kollegen, die Lust haben, eine Praxisstruktur aufzubauen und weiterzuentwickeln
- Freude und Interesse an ambulanter Tätigkeit

WAS BIETEN WIR?

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

BEWERBEN SIE SICH HIER



www.kvpraxis-berlin.de

Elektronische Patientenakte (ePA)

ePA für alle schrittweise und zunächst freiwillig

Wann startet die bundesweite Einführung der neuen ePA? Diese Frage beantwortete der geschäftsführende Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach Anfang April auf der Digital-Health-Messe DMEA. Welches Datum er genannt hat? Welches wichtige Detail dabei eine Rolle spielt? Und was eigentlich in die neue „ePA für alle“ gehört? Darüber sprach das KV-Blatt mit Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin.

Frau Dr. Wessel, was genau kündigte der Bundesgesundheitsminister mit Blick auf die ePA an, und wie bewerten Sie seine Ausführungen?

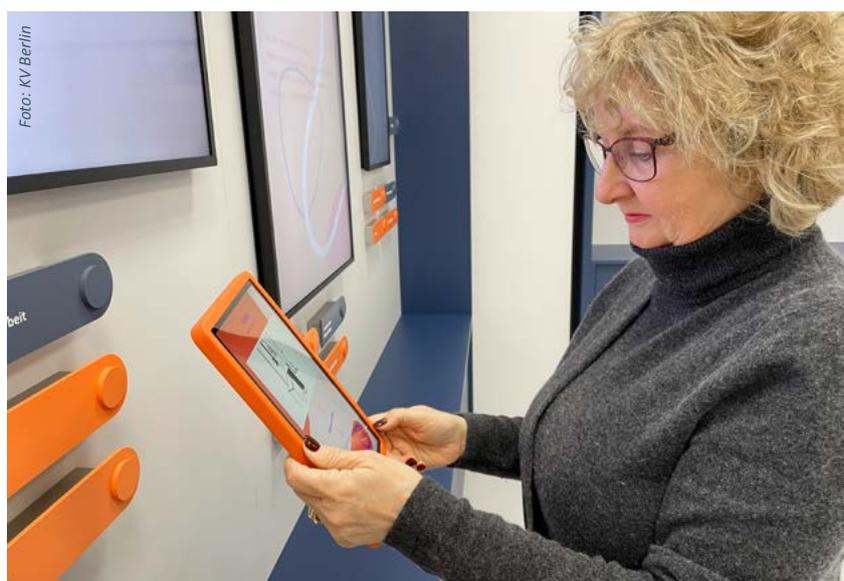
Er gehe davon aus, dass man in den kommenden Wochen in eine Hochlaufphase außerhalb der Modellregionen eintreten könne. Einen konkreten Starttermin nannte

er auf der DMEA nicht. Mit der „Hochlaufphase“, so sagte er, soll es möglich sein, die ePA außerhalb der bekannten Modellregionen zu testen und sie breiter aufzusetzen. Eine ganz wichtige Nachricht ging in Richtung der Ärzte und Psychotherapeuten: Die Nutzung der ePA erfolgt zunächst freiwillig. Eine verpflichtende Nutzung und Befüllung der

ePA folgt später, daher stehen auch noch keine Sanktionen an. Wann die Pflicht kommt, erwähnte er nicht. Er betonte zudem, dass niemand bestraft werden dürfe, für etwas, was nicht funktioniert und außerhalb der eigenen Kontrolle läge. Und unterstrich, Sicherheit gehe immer vor. Ich finde es richtig und gut, dass sich Zeit genommen wird, bevor die ePA flächendeckend eingeführt wird. Auch, dass der Minister seine Ansicht über Sanktionen geändert hat, ist erfreulich. Es bleibt zu hoffen, dass der Gesundheitsminister bis zur verpflichtenden Einführung der ePA tatsächlich dafür sorgt, dass dieses Mal – anders als beim E-Rezept und der eAU – ein wirklich ausgereiftes digitales System eingeführt wird.

Was gehört in die neue ePA – und was eher nicht?

Laborbefunde, Arztbriefe, Befundberichte – das und mehr stellen Ärzte und Psychotherapeuten künftig in die neue ePA ein. Der Gesetzgeber hat klar vorgegeben, welche Dokumente und Daten in die neue ePA müssen. Dabei ist die Befüllung nur dann verpflichtend, wenn die Daten elektronisch vorliegen und in



Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, hier in der E-Health-Showpraxis DEMO der KV Berlin, befürwortet die schrittweise und vor allem freiwillige Einführung der elektronischen Patientenakte.

der aktuellen Behandlung erhoben werden. Müssen Praxen jeden kleinen Behandlungsschritt zu jeder Erkrankung in der ePA dokumentieren? Ein klares Nein. Die KBV hat an dieser Stelle eine Faustregel entworfen: In die ePA gehört das, was Ärzte und Psychotherapeuten heute schon an Kollegen berichten und was für diese von Interesse sein kann, wie unter anderem der Befundbericht einer Koloskopie. Doch nicht jeder Patientenkontakt oder jede Erkrankung muss in die ePA eingetragen werden, denn dafür ist die Behandlungsdokumentation da, die Ärzte und Psychotherapeuten in ihrem Praxisverwaltungssystem weiterhin führen müssen. Die ePA unterstützt vielmehr die Anamnese, Befunderhebung und Behandlung. Doch es gibt eine Ausnahme: der vorläufige Entlassbrief eines Krankenhauses. Er ist für die schnelle Information des weiterbehandelnden Arztes gedacht. Deshalb ist es sehr sinnvoll, ihn in die ePA zu übernehmen. Zukünftig muss dringend daran gearbeitet werden, dass nicht all die Dokumente im pdf-Format in der elektronischen Patientenakte abgelegt werden, wohlgermerkt ohne Suchfunktion. Die elektronische Patientenakte muss zu einer echten digitalen Akte weiterentwickelt werden.

Experten kritisierten in der Vergangenheit die ePA mit Blick auf Kinder und Jugendliche. Hat sich der Bundesgesundheitsminister dazu auf der DMEA geäußert? Was ist der Hintergrund der Kritik?

Karl Lauterbach sagte auf der DMEA, dass man im Zusammenhang mit der ePA-Nutzung der, wie er es formulierte, besonderen Situation von Kindern und Jugendlichen gerecht werden wolle. Die im Vorfeld geäußerte Kritik war, dass gerade Kinder im Gesundheitssystem nicht so häufig mitgedacht werden. Die ePA ist wieder so ein Beispiel. Kinder und Jugendliche können bis zu ihrem 15. Geburtstag ihre eigene Akte nicht verwalten. Bis dahin läuft der Zugriff ausschließlich über die Eltern. Das

ist übrigens auch der Grund, warum der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte von der ePA für Kinder abrät. Der Punkt ist: Kinder und Jugendliche könnten unter gewissen Umständen darunter leiden, dass ihre Eltern die ePA einsehen. Was ist, wenn die Eltern des Kindes getrennte Wege gehen und zerstritten sind? Was passiert bei Kinderschutzfällen? Gesetzlich ist es nicht geklärt, wie beispielsweise bei einem Missbrauch dem elterlichen Täter oder beiden Elternteilen schnell der Zugriff auf die ePA entzogen werden kann. Die „ePA für alle“ kann zwar auch in diesem Zusammenhang ein Gewinn sein, gerade bei Unfällen. Jedoch wünscht man sich vonseiten der Politik mehr Vorschläge, wie man die beschriebenen Probleme lösen kann. Da möchte der Bundesgesundheitsminister beziehungsweise sein Ministerium noch Abhilfe schaffen. Für die Zukunft jedenfalls muss ein System geschaffen werden, damit sich entscheidende Daten der Kinder und Jugendlichen in der ePA auch wiederfinden.

Wie geht es jetzt weiter?

Wir warten die kommenden Tage ab. Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat uns „Planungssicherheit“ zugesprochen. Fakt ist, infolge eines späteren bundesweiten Starttermins der neuen ePA wird sich auch die nächste Ausbaustufe der ePA, ursprünglich geplant für Juli

dieses Jahres, verschieben. Die Gesellschafter der gematik haben dazu den März 2026 genannt. Mit der nächsten Ausbaustufe soll unter anderem der elektronische Medikationsplan in der ePA folgen. Betroffen von der Verschiebung sind weitere Funktionen, wie eine verbesserte Suche mithilfe von Metadaten und die Nutzung von Daten aus der ePA zu Forschungszwecken. Erst ab März 2026 soll auch eine Volltextsuche in der ePA möglich sein. Zusammenfassend bleibt zu sagen, dass die ePA eine wichtige Anwendung ist, um die Versorgung zu verbessern. Sie kann einen enormen Mehrwert für Praxen bieten, alle medizinisch relevanten Informationen sollen zuverlässig an einem Ort zu finden sein. Das ist übrigens auch im Sinne der Patienten. sib/set

Konnektor und Kartenterminal richtig entsorgen



Checklisten IT-Sicherheit und Übersicht zu zertifizierten IT-Dienstleistern



Anzeige



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

KJ-KSVPsych-RL

Vergütung der Komplexversorgung geregelt

Zum 1. April startete das Versorgungsprogramm für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Die Vergütung ist geregelt, es werden insgesamt elf neue Leistungen als Abschnitt 37.6 in den EBM aufgenommen.

Im vergangenen Jahr hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Versorgungsprogramm für Kinder und Jugendliche beschlossen und in der 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) geregelt.

Die Vergütung der neuen Leistungen erfolgt zunächst extrabudgetär. Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die an dem Versorgungsprogramm teilnehmen und die neuen Leistungen abrechnen wollen, müssen dies gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung erklären. Hierzu wird in Kürze eine Teilnahmeerklärung aus der Abteilung Qualitätssicherung zur Verfügung stehen.

Ziele des Versorgungsprogramms

Das neue Versorgungsprogramm für psychisch schwer erkrankte Kinder und Jugendliche soll eine bessere Koordination von verschiedenen Berufsgruppen gewährleisten, damit neben der medizinischen Behandlung auch psychotherapeutische, psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Belange

abgedeckt sind und die Versorgung damit effektiver wird.

Um die Kinder und Jugendlichen und ihre Angehörigen in den verschiedenen Lebensbereichen – sei es in der Schule, in einem Wohnheim oder in der Familie – zu unterstützen, wird patientenindividuell ein multiprofessionelles Team gebildet. Dazu gehören mindestens ein Arzt, ein Psychotherapeut und eine koordinierende Person, die wiederum mit Kolleginnen und Kollegen sowie anderen Berufsgruppen eng zusammenarbeiten.

Hinweise zur Abrechnung

Nur Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, die zur Teilnahme an der psychiatrischen Komplexversorgung für Kinder und Jugendli-

che nach der KJ-KSVPsych-Richtlinie berechtigt sind und dies gegenüber der KV Berlin nachgewiesen haben, können die genannten Leistungen abrechnen. Eine Ausnahme stellt die GOP 37650 dar: Patientenorientierte Fallbesprechungen können auch von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten abgerechnet werden, die nicht an der Komplexversorgung teilnehmen.

Die GOP 37620, 37625, 37630, 37635, 37651 und 37656 können ausschließlich durch den/die Bezugsarzt/-ärztin oder Bezugspsychotherapeuten/-therapeutin abgerechnet werden. Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 37610 und 37620 ist, dass der Patient beziehungsweise die Patientin in dem aktuellen Quartal oder dem Quartal davor in der Eingangssprechstunde war und dafür die GOP 37600 berechnet wurde. Die GOP 37650 und 37655 können auch berechnet werden, wenn die Fall- beziehungsweise Hilfe-konferenz telefonisch oder per Video stattfindet. Der Arzt beziehungsweise die Ärztin oder der Psychotherapeut beziehungsweise die Psychotherapeutin, der/die eine Videofallkonferenz initiiert, kann zusätzlich den Technikzuschlag für Videosprechstunden (GOP 01450) abrechnen.



Übersicht zur Abrechnung und Vergütung der einzelnen Leistungen:

GOP	Leistung	Hinweis	Bewertung (Punkt / Euro)
37600	Eingangssprechstunde	max. 6-mal im Krankheitsfall, davon 3-mal auch nur mit Bezugspersonen möglich	236 / 29,25 je 15 Min.
37610	Differentialdiagnostische Abklärung	max. 6-mal im Krankheitsfall, davon 3-mal auch nur mit Bezugspersonen möglich	231 / 28,63 je 15 Min.
37620	Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans	1-mal im Krankheitsfall	448 / 55,52, 627 / 77,71 bei mind. 5 Teammitgliedern
37625	Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder -psychotherapeuten	1-mal im Behandlungsfall	450 / 55,77, 630 / 78,08 bei mind. 5 Teammitgliedern
37626	Zuschlag zur GOP 37625 für Leistungen bei Überleitung in die Erwachsenenversorgung	1-mal im Krankheitsfall, 2-mal mit med. Begründung	232 / 28,75
37630	Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person	1-mal im Behandlungsfall	577 / 71,51, 808 / 100,14 bei mind. 5 Teammitgliedern
37635	Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person	max. 5-mal im Behandlungsfall	166 / 20,57
37650	Fallbesprechung	max. 8-mal im Behandlungsfall	128 / 15,86 je 10 Min.
37651	Zuschlag zur GOP 37650 bei nichtärztlichen/nichtpsychotherapeutischen Teilnehmern, die nach der KJ-KSVPsych-RL an der Behandlung beteiligt sind	max. 8-mal im Behandlungsfall	128 / 15,86 je 10 Min.
37655	Teilnahme an einer Hilfefunktion	max. 8-mal im Krankheitsfall	128 / 15,86 je 10 Min.
37656	Zuschlag zur GOP 37655 bei nichtärztlichen/nichtpsychotherapeutischen Teilnehmern, die nach der KJ-KSVPsych-RL an der Behandlung beteiligt sind	max. 8-mal im Krankheitsfall	128 / 15,86 je 10 Min.

Anzeige





RECHTSBERATUNG IM GESUNDHEITSWESEN

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

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



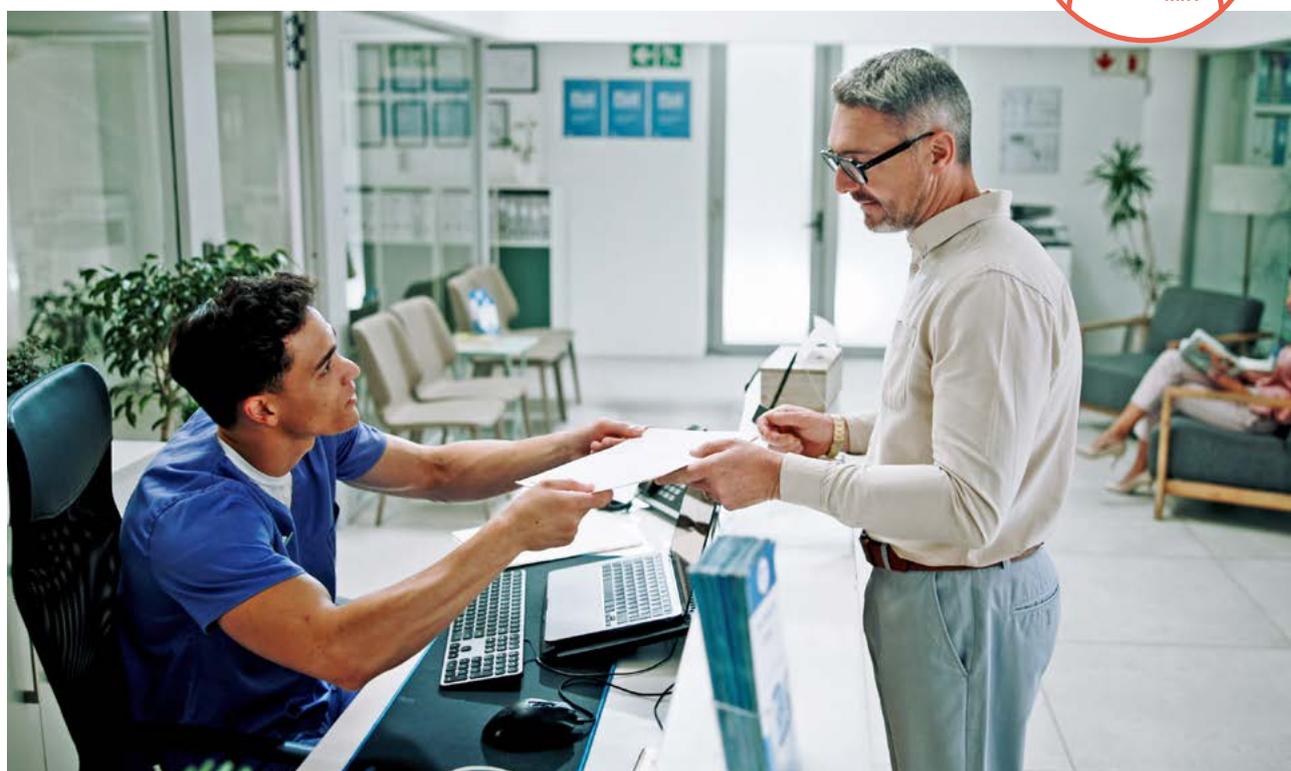



ANZEIGE

Medizinische Fachangestellte

MFA – (k)ein Männerberuf?

Seit Beginn des Jahres widmet das KV-Blatt den Medizinischen Fachangestellten eine eigene Serie. In jeder Ausgabe berichtet die Redaktion in Kooperation mit dem Verband medizinischer Fachberufe e. V. zu einem Thema, das MFA beschäftigt oder das auf politischer Ebene mehr Aufmerksamkeit erfordert. Teil 3 der Serie: MFA – ein weiblich dominierter Beruf.



Angelehnt an das Titelthema dieser Ausgabe „Frauen in der Medizin“ widmet sich der neue Teil der Serie der Frage, warum das Berufsbild MFA nach wie vor mit weiblichen Fachkräften assoziiert wird.

Alljährlich gibt das Bundesinstitut für Berufsbildung (bibb) Ranglisten der beliebtesten Ausbildungsberufe – gemessen an der Anzahl der

Neuabschlüsse – heraus. Bei den Frauen ist der Ausbildungsberuf zur Medizinischen Fachangestellten seit Jahren besonders beliebt. 2024 stand das Berufsbild bei den weiblichen Nachwuchskräften in Berlin auf Platz 1. Mehr als 90 Prozent der sich in der Ausbildung befindlichen MFA in der Hauptstadt ist weiblich. 2024 haben 675 Frauen einen Ausbildungsvertrag in dem Beruf unterschrieben. Bei den Männern

liegt der MFA-Beruf auf Platz 33 – mit 66 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen im Jahr 2024.

Typischer Frauenberuf?

Anhand der Zahlen zeigt sich: Der Beruf erfreut sich insgesamt großer Beliebtheit, weitestgehend jedoch bei Frauen. Nur etwa neun Prozent der MFA-Stellen in Berlin sind durch Männer besetzt. Einer der wenigen

Medizinische Fachangestellten ist Petar Zahariev.

Der 33-jährige gebürtige Bulgare kam eher zufällig zu seinem heutigen Beruf, wie er gegenüber dem KV-Blatt berichtet: „Eigentlich wollte ich Arzt werden. Vor dem Studium hat die Ausbildung zum Medizinischen Fachangestellten gut gepasst – auch um Zeit zu überbrücken“, so Zahariev. Seine Frau, die selbst Ärztin ist, hatte ihn auf die Möglichkeit der Ausbildung aufmerksam gemacht. Er selbst kannte den Beruf zuvor nicht, da es dieses Berufsbild in Bulgarien nicht gibt. „In meiner Heimat gibt es Ärzte und Krankenschwestern – MFA gibt es dort nicht“, erzählt er. In Bulgarien hat Zahariev zuvor studiert und als Sicherheitskraft gearbeitet. Außerdem war er in der Gastronomie tätig.

Seit 2016 ist er in Berlin und begann dann zeitnah die dreijährige Ausbildung in einer allgemeinmedizinischen Praxis.

Viel Aufklärungsarbeit

Dass er viele Kolleginnen hat und in seinem Beruf eher selten andere männliche MFA antrifft, beeinflusst seine Arbeit kaum. Mit seinen Kolleginnen kommt er gut aus, einzig mit den Patientinnen und Patienten kommt es immer mal wieder zu Missverständnissen: „Ich werde oft für den Arzt gehalten – mir werden dann medizinische Fragen gestellt, die ich aber nicht beantworten kann.“ Dies sei manchmal schon etwas schwierig und erfordere viel Aufklärungsarbeit darüber, warum er keine Auskunft geben könne.

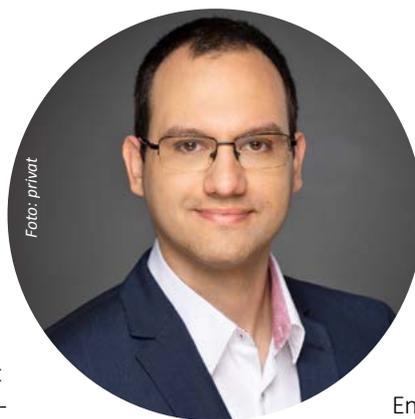
„Bei vielen Patientinnen und Patienten ist nach wie vor das klassische Rollenbild der weiblichen MFA im Kopf verankert. Dass Männer diesen Beruf ebenso ausüben können, ist weitestgehend unbekannt“, so der Eindruck von Zahariev. Männer würden tendenziell eher den Beruf des Arztes anstreben als eine Ausbildung als MFA zu beginnen. In der Berufsschule hatte Zahariev auch nur

drei männliche Kollegen, erzählt er weiter.

Momentan arbeitet er in einer Hausarztpraxis mit Schwerpunkt Kardiologie in Berlin-Tempelhof, zuvor war er in einer Schwerpunktpraxis für Suchterkrankungen beschäftigt. „Beim Thema Suchterkrankungen hatte ich schon den Eindruck, dass die Kommunikation zwischen weiblicher MFA und den Patienten etwas einfacher ist. Patienten mit Suchtproblematik und Angststörung sind gegebenenfalls etwas aggressiver gegenüber männlichen MFA“, so seine Empfindung. Ansonsten habe er aber nie Unterschiede bei der Patientenversorgung festgestellt.

Versorgung verändert sich

Allgemein macht sich aber ein gewisser Anspruch der Patientinnen und Patienten bemerkbar. Die Versorgung sei in den vergangenen Jahren deutlich schwieriger geworden, so Zahariev. „Patienten sind daran gewöhnt, dass alles schnell geht, und fordern vieles entsprechend sofort ein. Oftmals kommen sie mit ihrem Anliegen in letzter Minute – die Pra-



Petar Zahariev,
Medizinischer
Fachangestellter

xen haben aber viel mit Bürokratie zu tun und es gibt immer viel nachzuarbeiten.“

Entsprechend freut sich Zahariev auf die Digitalisierung – auch wenn man natürlich erstmal schauen

müsse, ob alles gut läuft und wirklich entlastet.

Seiner Familie in Bulgarien musste er zunächst erklären, was genau seine Aufgaben in der Praxis sind. „Meine Mutter, mein Bruder und mein Onkel sind selbst Ärzte. Das Gesundheitssystem in Bulgarien ist aber anders: Dort ist der Arzt in der Praxis oft allein tätig und hat keine MFA als Unterstützung – deshalb hat meine Familie zunächst nicht verstanden, was genau ich mache“, erzählt er. Obwohl er es anders geplant hatte, wird Zahariev in seinem Beruf bleiben. „Mir macht die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten große Freude, und auch die Arbeit im Labor ist spannend. Es läuft alles gut, und mir gefällt es“, so Zahariev. Das mit dem Studium überlegt er derzeit noch. „Die Digitalisierung öffnet viele neue Türen für MFA, daher ist ein Studium oder eine Weiterbildung für mich nicht ausgeschlossen.“ *bic*

Anzeige

Kanzlei
Cron



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

Organspende

Bereitschaft zur Spende noch verbesserungswürdig

In den vergangenen Jahren hat die Bereitschaft zur Organspende zwar insgesamt zugenommen, jedoch liegt die Zahl der Organspenden noch immer unterhalb der benötigten Spenderorgane. Seit 2022 ist die Beratung zur Organ- und Gewebespende über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechenbar.

Laut der Deutschen Stiftung für Organtransplantation (DSO) standen zum 31. Dezember 2023 rund 8.700 Patienten auf der Warteliste für eine Organtransplantation. Sowohl im Jahr 2023 als auch im Folgejahr konnten jedoch jeweils nur knapp 2.800 Organe transplantiert werden. Auch wenn zum Jahr 2024 die Zahl der postmortalen Organspenden um 0,8 Prozent sank, gab es zuvor von 2022 auf 2023 einen Zuwachs von 8,1 Prozent – dies kann im Zusammenhang mit dem 2022 eingeführten Transplantationsgesetz stehen.

Ärztinnen und Ärzte sollen ihre Patientinnen und Patienten regelmäßig darauf hinweisen, dass sie ab dem 16. Lebensjahr eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgeben, ändern oder widerrufen können. Zudem können sie bereits ab dem 14. Lebensjahr einer Organ- und Gewebespende widersprechen. Bei Bedarf soll eine ergebnisoffene Beratung zur Organ- und Gewebespende erfolgen, insbesondere zu folgenden Aspekten:

- die Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende
- die Voraussetzungen für eine Organ- und Gewebeentnahme bei toten Spenderinnen und Spendern

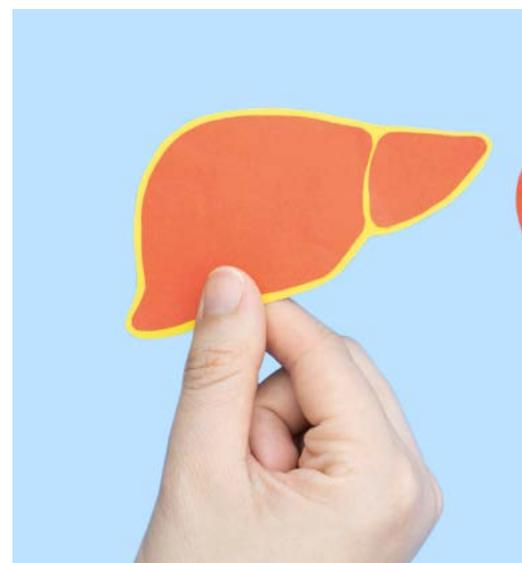
- die Bedeutung der Organ- und Gewebeübertragung
- die Möglichkeit, eine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende im Organspenderegister abzugeben
- den Hinweis, dass es keine Verpflichtung gibt, eine Entscheidung zu treffen und zu dokumentieren

Das Beratungsgespräch soll ergebnisoffen und neutral sein und den Patientinnen und Patienten dadurch eine persönliche Entscheidung für oder gegen eine Spende von Organen und Gewebe ermöglichen.

Seit dem vergangenen Jahr umfasst die Beratung zur Organ- und Gewebespende durch Hausärztinnen und Hausärzte auch den Hinweis auf das neue Organspenderegister. In der seit März 2024 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, stellte

die erste Stufe der Inbetriebnahme des Organspenderegisters dar. Im nächsten Schritt wurden die Entnahmekrankenhäuser angeschlossen, sodass diese die Erklärungen aus dem Register abrufen können. Seit September 2024 kann das Register auch über eine App erreicht werden. Zum 1. Januar 2025 wurden in einem vierten Schritt Gewebeeinrichtungen an das Register angeschlossen.

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



Extrabudgetäre Vergütung

Die Beratung können Haus-, Kinder- und Jugendärzte alle zwei Jahre pro Patientin oder Patient ab dem vollendeten 14. Lebensjahr abrechnen. Die Leistung wurde zum 1. März 2022 im Abschnitt 1.4 in den EBM aufgenommen und wird extrabudgetär vergütet. Die Beratung zur Organ- und Gewebespende mit der GOP 01480 hat eine Bewertung von 65 Punkten.

Eine Auswertung der KV Berlin zeigt: Seit März 2022 haben die Bera-

tungen durch Ärztinnen und Ärzte kontinuierlich zugenommen. 2024 wurden beispielsweise im zweiten Quartal doppelt so viele Beratungen abgerechnet wie im selben Quartal 2022 (siehe dazu auch die Grafik unterhalb).

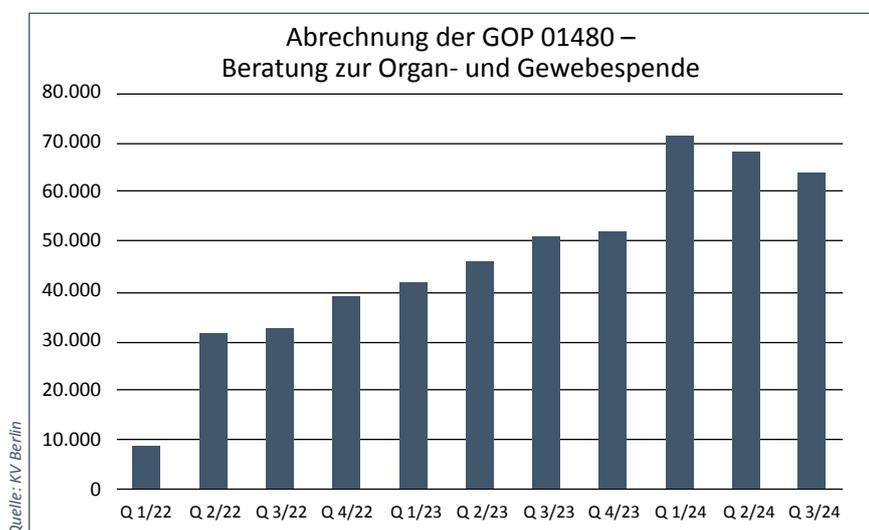
Infomaterial für die Praxis

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat in Kooperation unter anderem mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Bundesärztekammer und dem Deutschen

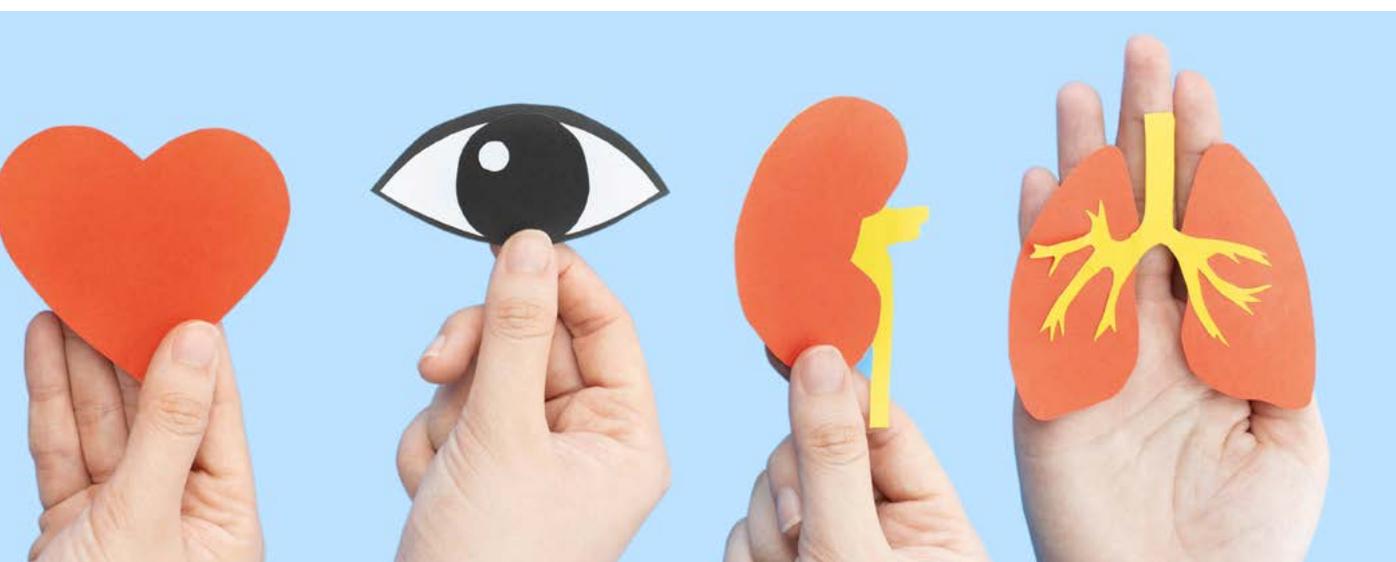
Hausärzteverband Informationsmaterialien für Ärzte und Patienten entwickelt.

Das sogenannte Standardinformationspaket für Hausarztpraxen kann bei Bedarf kostenfrei über den Webshop der BZgA bestellt werden. In jedem Paket sind Materialien für die Beratung von zehn Patienten enthalten: Jeweils zehn Exemplare der beiden Broschüren „Antworten auf wichtige Fragen“ und „Wie erkläre ich meine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende? Drei Wege: kurz und knapp“ für Patienten sowie zehn Informationskarten „Verfügungen“. Darüber hinaus beinhaltet das Paket 100 Organspendeausweise als Plastikkarte, zur Auslage im Wartezimmer.

Zudem können Praxen über den Webshop der BZgA ein Manual für das Arzt-Patienten-Gespräch zur Organ- und Gewebespende bestellen. Das Manual richtet sich ausschließlich an Ärztinnen und Ärzte und nicht an Patienten. Neben Zahlen und Daten zur Organ- und Gewebespende werden der Ablauf einer solchen Spende sowie die Möglichkeiten der Entscheidungsdocumentation erklärt. Zudem gibt es Anregungen für das Arzt-Patienten-Gespräch zu diesem Thema. *bic*



Anmerkung: Im Quartal 1/2022 wurde zum 1. März die GOP 01480 in den EBM aufgenommen, entsprechend ist hier nur der März einbezogen.



Wundversorgung

Viele offene Fragen bei der Vergütung

Die Wundversorgung nimmt in der ambulanten Medizin eine große Bedeutung ein. Sie reicht von der einfachen Versorgung einer Schürfwunde über die Versorgung von chirurgischen Wunden bis zur komplizierten Versorgung einer tiefen, sekundär heilenden Wunde.



Gerade bei langwierigen und komplexen Wunden sollte die Behandlung in die Zuständigkeit der Chirurgeninnen und Chirurgen fallen. Wunden nach operativen Eingriffen werden idealerweise ebenfalls primär von den Operierenden selbst versorgt.

Rein formalistisch unterscheiden sich die folgenden Wundarten:

1. Akute Wunden

- plötzlich entstandene Haut- oder Gewebeverletzungen, die unter normalen Bedingungen schnell und komplikationslos heilen

2. Iatrogene Wunden

- entstehen durch eine ärztliche Behandlung, zum Beispiel Operation

2. Chronische Wunden (> 12 Wochen)

- Dekubitus
- Diabetischer Fuß
- Chronisch venöse Ulzera

Die Wundversorgung kann in einfachen Fällen zügig verlaufen – für diese Wunden wird in der Regel keine moderne Wundversorgung benötigt. In komplizierteren und langwierigen Kasuistiken – beispielsweise mit chronischen Wunden – kann die Wundversorgung eine große Herausforderung darstellen.

darstellen.

Schritte der Wundversorgung:

- **Wundreinigung:** regelmäßige Reinigung der Wunde in der Regel mit steriler isotonischer Kochsalzlösung (NaCl-Lösung 0,9 %)
- **Wundtoilette:** Débridement, die erweiterte Wundtoilette, erfolgt mittels Skalpell nach Betäubung des Wundumfeldes
- **Wundauflage:** nach der Wundreinigung und -toilette wird die Wunde steril abgedeckt – hierfür stehen verschiedene moderne oder konventionelle Wundauflagen zur Verfügung

Für primär heilende, unproblematische Wunden genügt in der Regel eine konventionelle Wundversorgung. Darunter versteht man die traditionelle Methode der Wundbehandlung mit trockenen Wundauflagen wie Gaze, Mull oder Kompressen. Für sekundär heilende Wunden stehen heute moderne Wundheilungsverbände zur Verfügung, die ein feuchtes, keimarmes Wundmilieu fördern – hierzu zählen unter anderem Alginat-, Hydrogel-, Hydrokolloid-, Hydropolymer-, Schaumstoff- sowie silberhaltige Wundauflagen; Letztere sollten gemäß Herstellerangaben jedoch nicht länger als 14 Tage verwendet werden.

Abrechnung der Wundversorgung

GOP 02300: Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation

Die „primäre Wundversorgung“ ist gleichzusetzen mit dem allgemein gebräuchlicheren Begriff „Erstversorgung einer Wunde“. Der Leistungsinhalt ist damit schon erfüllt, wenn eine Wundabdeckung, gegebenenfalls nach Wundreinigung, erfolgt ist. Diese kann von jedem Vertragsarzt abgerechnet werden. Wird die gleiche Wunde an den Folgetagen erneut versorgt, handelt es sich nicht mehr um eine Erstversorgung. Die Leistungen sind mit den Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschalen abgegolten und nicht gesondert berechnungsfähig.

GOP 02301: Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht

Unterscheidung zwischen primärer Wundversorgung für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder bis 12 Jahren und Erwachsene oder Kinder ab 12 Jahren mittels Naht und/oder Gewebekleber.

GOP 02302: Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern mittels Naht

Mehrfacher Ansatz der GOP 02300 bis 02302 am Behandlungstag ist nur bei Vorliegen der Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) möglich. Maximal fünfmal pro Behandlungstag abrechenbar, wenn diese Diagnosen vorliegen.

GOP 31600: Postoperative Behandlung durch Hausarzt

Diese GOP kann von Hausärztinnen und Hausärzten zur postoperativen Behandlung abgerechnet werden, wenn eine Rücküberweisung durch den Operateur nach einer ambulanten Operation erfolgt. Diese Leistung ist einmalig innerhalb von 21 Tagen nach dem OP-Datum abrechnungsfähig (OP-Datum zählt mit). Die GOP 31600 umfasst in der Regel die regelmäßige Kontrolle und Wundversorgung der postoperativen Wunde.

GOP 02310: Behandlung einer sekundär heilenden Wunde und/oder Dekubitalulcus

Es muss zu drei Arzt-Patienten-Kontakten gekommen sein, wobei es mindestens bei einem der Kontakte zu einer Wundbehandlung kam. Die GOP 02310 ist einmal im Behandlungsfall (Quartal) abrechnungsfähig.

GOP 02311: Behandlung des diabetischen Fußes

• Genehmigungspflichtige Leistung

Kann unter anderem nur berechnet werden, wenn der Arzt im Durchschnitt der letzten vier Quartale je Quartal vor Antragstellung die Behandlung von mindestens 100 Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat.

GOP 02312: Behandlung chronisch venöser Ulzera

Die Abrechnung kann je Sitzung und je Bein berechnet werden. Wenn also in einer Sitzung zwei oder mehr Ulcera an einem Bein behandelt

werden, ist die GOP 02312 nur einmal berechnungsfähig. Werden dagegen Ulcera an beiden Beinen behandelt, ist die GOP 02312 zweimal ansetzbar. Berechnung je Patient/Quartal bis zu einem Höchstwert von 4.244 Punkten möglich, nicht neben bestimmten chirurgischen GOPs abrechnungsfähig.

GOP 02313: Kompressionstherapie bei chronisch venösen Ulzerationen, Lymphödem, Thrombosen und postthrombotischem Syndrom

Bitte beachten Sie, dass die apparative **Kompressionstherapie** mit der **GOP 30401** abzurechnen ist.

Wer versorgt die Wunde?

Abschließend lässt sich festhalten, dass vor allem die postoperative Wundversorgung nicht nur eine fachliche Verantwortung mit sich bringt, sondern auch eine Frage der Kollegialität ist. Fachärztinnen und Fachärzte, die eine Operation durchführen, tragen die Verantwortung für die Wunde, die zwangsläufig aus dem Eingriff resultiert. Es wäre daher nur konsequent, wenn sie diese Verantwortung auch für die Wundversorgung nach der Operation übernehmen. Ein kooperatives und ganzheitliches Vorgehen, bei dem Fachärztinnen und Fachärzte ihre Expertise auch in der Nachbehandlung einbringen, ist nicht nur aus medizinischer Sicht sinnvoll, sondern stärkt auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit. So kann die Versorgung von Wundpatienten optimiert und die Belastung der verschiedenen Fachdisziplinen gleichmäßig verteilt werden.

Fest steht: Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bedarf – nicht nur im Hinblick auf die Wundversorgung – einer grundlegenden und dringenden Überarbeitung. Hier sind der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gefragt, damit diejenigen, die es betrifft, insbesondere die Fachärztinnen und Fachärzte, eine angemessene Vergütung erhalten.



Netzwerk Gewaltfreie Pflege

Schnelle Hilfe bei Pflegenot

Ende Februar kamen die Mitglieder des „Netzwerks Gewaltfreie Pflege“ bereits zum zwölften Mal zusammen. Im Mittelpunkt standen zum einen das Hamburger Pilotprojekt „Pflegenottelefon“, zum anderen stellte sich die Pflegebeauftragte des Landes Berlin vor. Das Projekt soll vor allem Pflegebedürftige und ihre Pflegenden, aber auch Polizei und Feuerwehr entlasten. Im Ernstfall ist eine Kurzzeitpflege sofort verfügbar.

In Deutschland erreichen immer mehr Menschen ein hohes Lebensalter und sind dann auf Betreuung und Pflege angewiesen. Diese Aufgabe übernehmen dann Angehörige, Verwandte, Freunde, Nachbarn oder professionelle Pflegekräfte – zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen. Durch diese Abhängigkeit und andere Faktoren kann es dazu kommen, dass pflegebedürftige Menschen – insbesondere Demenzkranke – Opfer von Ge-

walt oder Vernachlässigung werden. Diese und weitere Erkenntnisse stammen aus den Ergebnissen des Forschungsprojekts „Pflege als Risiko“ (PaRis), das von der Polizei Berlin und der Polizeihochschule Münster durchgeführt wurde (siehe auch KV-Blatt 02/2025). Aufgrund des Forschungsprojekts gründete sich 2021 das „Netzwerk Gewaltfreie Pflege“ in Berlin – ein Zusammenschluss von rund 30 zentralen Akteuren aus dem Bereich Gesundheit und Pflege.

Sie wollen zusammen mit der Polizei wirksame Strategien entwickeln, um einen besseren Schutz von Pflegebedürftigen und Pflegenden zu gewährleisten.

Pilotprojekt aus der Hansestadt

Das mittlerweile zwölfte Treffen des Netzwerks fand Ende Februar dieses Jahres in der Senatsgesundheitsverwaltung statt. 26 Akteure nahmen an dem Netzwerktreffen teil, unter



Mehr Informationen zum „Netzwerk Gewaltfreie Pflege“:



anderem die AOK Nordost, die Ärztekammer und der Medizinische Dienst. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin war vor Ort. Im Zentrum der Veranstaltung standen zwei Punkte: Die Teilnehmer erfuhren von Projektleiterin Ulrike Zeltmann mehr zum Hamburger „Pflegetelefon“. Das Pflegetelefon ist ein Angebot der Sozialbehörde und existiert seit einem Jahr. Die Projektlaufzeit dauert drei Jahre. Pflegebedürftige mit Wohnsitz in Hamburg, ihre Pflegenden oder auch Personen aus dem Umfeld der pflegebedürftigen Person können sich in pflegerischen Notfallsituationen an das Pflegetelefon wenden.

Die Ziele des Pilotprojekts sind vielfältig: Es soll rund um die Uhr der Ansprechpartner für alle Pflege-Notfallsituationen sein. Laut Zeltmann bietet das Projekt schnelle Unterstützung und Entlastung für volljährige Pflegebedürftige und ihre

An- und Zugehörigen in Pflegenotfällen, unter anderem bei akuter Überforderung mit der Pflegesituation, plötzlichem Ausfall der pflegenden Personen oder auch bei einer kurzfristigen Verschlechterung des Zustands der pflegebedürftigen Person. Darüber hinaus entlastet das Pflegetelefon Feuerwehr und

Polizei. Auf dem Netzwerktreffen nannten die Vortragenden konkrete Fallkonstellationen: In einem Fall war die Pflegekraft erkrankt, in einem anderen stellte man zufällig in einer Rettungsstelle Knochenbrüche und Hämatome fest. Im Bedarfsfall sind über das Pflegetelefon vier Kurzzeitpflegeplätze sofort verfügbar. Außerdem stellte sich Prof. Dr. Sinja Meyer-Rötz vor. Sie ist seit Juni vergangenen Jahres kommissarisch als Pflegebeauftragte des Landes Berlin eingesetzt. Sie vertritt die Interessen von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden An- und Zugehörigen. Dabei nimmt sie auch Beschwerden und Hilfersuchen der genannten Zielgruppe entgegen, gibt allgemeine Informationen und vermittelt passgenaue Beratungsmöglichkeiten, heißt es auf der Internetseite der Landesbeauftragten. Das nächste Treffen des Netzwerks Gewaltfreie Pflege ist im Juni bei der Polizei Berlin in der Keithstraße geplant.



Grafiken: Polizei Berlin

Neu anerkannte Qualitätszirkel

Lfd. Nr.	Name des Moderators	Fachgruppe des Moderators	Thema	Kontakt
1	Dr. med. Kathleen Chaoui	FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Allergologie interdisziplinär	aeda-berlin@web.de
2	Dipl.-Psych. Christoph Emrich	Psychologischer Psychotherapeut	Reading the International Journal of Psychoanalysis	030-4524841 emrich.praxis@gmail.com
3	Dipl.-Psych. Monika Englisch	Psychologische Psychotherapeutin	Interkulturelle Psychotherapie	monika.englisch@berlin.de 030-53662895
4	Univ.-Prof. Dr. med. Markus Herrmann, MPH M.A.	FA für Allgemeinmedizin	Umgang mit Neurodiversität und Neuroenhancement in der Psychotherapie	030-75764040 info@markusherrmann.org
5	Dipl.-Psych. Shireen Kwiatkowska-Naqvi	Psychologische Psychotherapeutin	Autismus- und ADHS-Diagnostik sowie Behandlung in der ambulanten Regelversorgung	psychotherapie-praxis@posteo.de
6	Dr. med. Burkhard Neise	FA für Allgemeinmedizin	Akupunktur	030-79749944
7	Dr. med. Stephan Oertel	Innere Medizin	Qualitätszirkel unter besonderer Einbeziehung der DMP's KHK, Diabetes Typ 2, COPD und Asthma sowie der Versorgung von Patienten aller Altersklassen in der Praxis	info@praxisniederschoenhausen.de 030-4752220
8	Dr. med. Jutta Pliefke	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Aspekte reproduktiver Gesundheit für Frauen in allen Lebensphasen	jutta.pliefke@profamilia.de 030-39849898
9	Dr. med. Kersten Schulz	FA für Nervenheilkunde	Psychomedizinisches Arbeiten: interdisziplinär, vernetzt, resilient und zukunftsfähig	030-56498485
10	Dr. med. Simone Uhlig	FÄ für Physikal. und Rehabilitative Medizin	Workshop konservative nichtmedikamentöse Therapie insbesondere Manuelle Medizin/ Osteopathie und Akupunktur	030-68075240
11	Claudia Camps y Espinoza	FÄ für Allgemeinmedizin	Akupunktur – Therapiekonzepte für chronische Schmerzen	030-4938761 info@praxis-amgesundbrunnen.de
12	Doris Diekhans	FÄ für Urologie	Qualitätsmanagement zur Fortführung von QEP	0151-58893815 doris.diekhans@t-online.de
13	Univ.-Prof. Dr. med. Leila Harhaus-Wähner	Lehrstuhl für Hand-, Replantations- und Mikrochirurgie	Handchirurgie – zur intersektoralen Vernetzung und Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgungsstandards und -qualität	030-56814101 leila.harhaus-waehner@ukb.de
14	Prof. Dr. med. Andreas Heinz	Neurologie und Psychiatrie	Kultursensible Diagnostik und Therapie bei geflüchteten Patientinnen und Patienten mit Migrationsgeschichte	0172-3967352 andreas.heinz07@web.de
15	Dr. med. Christopher Linsel	FA für Innere Medizin	Hausärztlicher Qualitätszirkel zur medizinischen Qualitätssicherung – Vermittlung aktueller medizinischer Standards unter dem Hinblick sozioökonomischer und interindividueller Gegebenheiten sowie Vermittlung kollegialer und einrichtungsübergreifender Zusammenarbeit im Hinblick auf hausärztlich relevante Kasuistiken	Qualizirkel@dr-linsel.de
16	Dr. med. Axel Moysich	FA für Kinder- und Jugendmedizin	Moderne Diagnostik und Therapie in der ambulanten Kinderkardiologie	030-9369500 kinderarzt-berlin@web.de
17	Dr. med. Almut Risch	FÄ für Innere Medizin	Qualitätsgesicherte Arbeit in der diabetologischen Schwerpunktpraxis	030-51535150 pat-diabetologie@sana-web.de
18	Dr. med. Agota Theallier-Jankó	FÄ für Pathologie	Qualitätssicherung in Praxen und Instituten für Pathologie	030-644988210 theallier-janko@pathotres.de

Studis aufgepasst!



Bewerbungsschluss:
30.06.2025



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

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.

TERMINE

Fortlaufende Veranstaltungen

Weiterbildung in Gruppenpsychotherapie (TP und AP)

Beginn: 13. September 2025
Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP e. V.,
 Kantstraße 120/121, 10625 Berlin
Weitere Info und Anmeldung:
 www.dapberlin.de, Tel.: 030-313 28 93, ausbildung@dapberlin.de

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

Mittwoch, 7. Mai 2025

Psychoanalytisches Institut Berlin e. V.: „Dokumentation der Buchvorstellung Herbert Rosenfeld – Then and Now. The Significance of His Work for Contemporary Psychoanalysis 2024 in London.“ aus der öffentlichen Vortragsreihe am PaLB. Referent:innen: Dr. Karin Johanna Zienert-Eilts & Priv.-Doz. Dr. Dr. Wolfgang Hegener, Beginn um 20.00 Uhr, Angela Rosenfeld wird als Ehrengast teilnehmen und beantwortet gerne Ihre Fragen. Ort: Zweigstelle des Instituts für Psychotherapie e. V. Berlin, Hauptstraße 19, 10827 Berlin. Teilnahme kostenfrei. Die Veranstaltung richtet sich an Fachkolleg:innen sowie alle Interessierten. Weitere Informationen und Anmeldung unter: www.ifp-berlin.de/veranstaltungen oder unter: www.bpsi.berlin/veranstaltungen.

Freitag, 16. Mai 2025

Arbeitskreis für Psychotherapie e. V.: Intervision (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.

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

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



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



IHR TRAUM, UNSERE EXPERTISE. GEMEINSAM ERFOLGREICH!

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



Freitag, 23. Mai 2025

Referent: Dr. med. Thomas Wenzel
Vortrag: Gewaltopfer in Krieg und Frieden- interdisziplinäre und therapeutische Aspekte

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

Samstag und Sonntag, 24./25. Mai 2025

Gruppendynamisches Wochenende (zertifiziert)

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

Beginn: Sa 13 Uhr, So 12 Uhr, 160 Euro (bei Überw. bis spät. 16.05.2025 150 Euro), ermäßigt 90 Euro, 11 UE

Berliner Lehr- und Forschungs-

institut der DAP e. V.,

Kantstraße 120/121, 10625 Berlin
 Weitere Info und Anmeldung:
www.dapberlin.de, Tel.: 030-308 313 30, ausbildung@dapberlin.de

Mittwoch, 11. Juni 2025

Psychoanalytisches Institut Berlin e. V.: Vortrag „Die Entwicklung schwuler Männer im Übergang von der präödpalen zur ödpalen Phase (ödpale Übergangsbeziehung) und deren Herausforderungen.“ aus der öffentlichen Vortragsreihe am PaLB. Referent: Dr. med. Günter Holler, Beginn um 20.00 Uhr, Ort: Zweigstelle des Instituts für Psychotherapie e. V. Berlin, Hauptstraße 19, 10827 Berlin. Teilnahme kostenfrei. Die Veranstaltung richtet sich an Fachkolleg:innen sowie alle Interessierten. Weitere Informationen und Anmeldung unter: www.ifp-berlin.de/veranstaltungen oder unter: www.bpsi.berlin/veranstaltungen.

Freitag, 20. Juni 2025

Arbeitskreis für Psychotherapie e. V.: Intervision (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-Wil-

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.Radtko@augentagesklinik.berlin



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

mersdorf, 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.

Mittwoch, 9. Juli 2025

Psychoanalytisches Institut Berlin e. V.: Vortrag „Psychose und psychische Struktur = „psychotische Struktur“?“ aus der öffentlichen Vortragsreihe am PaLB. Referent: Samuel Bayer, Beginn um 20.00 Uhr, Ort: Zweigstelle des Instituts für Psychotherapie e. V. Berlin, Hauptstraße 19, 10827 Berlin. Teilnahme kostenfrei. Die Veranstaltung richtet sich an Fachkolleg:innen sowie alle Interessierten. Weitere Informationen und Anmeldung unter: www.ifp-berlin.de/veranstaltungen oder unter: www.bpsi.berlin/veranstaltungen.

KLEINANZEIGEN

Kooperation

Optimieren Sie Ihre Wirtschaftlichkeit mit ganzheitlicher Abrechnungsbegleitung – Praxisberatung Bianka Edler Ich biete Ihnen eine umfassende Analyse Ihrer Abrechnungsprozesse und entwickle für Sie gezielte Strategien zur Abrechnungsoptimierung in der GOÄ-Abrechnung und/oder in Ihrer Kassenabrechnung. Minimierung von Abrechnungsfehlern und Maximierung Ihrer Einnahmen. Ich freue mich auf Ihre Kontaktaufnahme: edler@praxisberatungedler.de, 0151-55 24 67 28, www.praxisberatung-edler.de

Immobilienangebote

Heller Praxisraum, 26 qm, Berlin-Schöneberg, in psychotherapeutischer Praxisgemeinschaft zum 01.08.25 zu vermieten. Warteraum, Küche, 550€/Monat (incl. Telefon, Strom) Tel. 030-7875322, E-Mail: dorff-psychotherapie@web.de

Praxisraum in PT Praxis in 10707 Wilmersdorf zu vermieten. 28 qm, Altbau + Parkett, EG, Gruppentherapie möglich. 200€ pro Tag & Monat. guido.kurtz@web.de

Wunderschöner, ruhiger Raum (25 qm) in psychotherap. Praxis in Berlin-Siemensstadt zu verm. Nähere Auskunft: dr.meinzer@web.de, 0177 4578134



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

**Alles aus einer Hand
Kostenlose Erstberatung**

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

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

Raum zur Miete in psychotherapeutischer Praxisgemeinschaft in Kreuzberg. Drei Psychotherapeutinnen am Tempelhofer Ufer, verkehrsgünstig gelegen, bieten Raum für Psychotherapie in repräsentativer Altbauwohnung, kürzlich renoviert, 22 qm, 736 Euro monatlich. Zuschriften bitte an a.huppke@posteo.de

Immobilienangebote

Suche ab Ende 2025/Anfang 2026 ca. 100 m² (+/-) Praxisfläche für bestehende psychiatrische Praxis in Friedrichshain-Kreuzberg. Wünschenswert: 3–4 Räume, 2 separate Toiletten. Praxis-psy@web.de

Stellenangebote

Zuverlässige und engagierte FÄ/FA gesucht ab sofort für internistische Hausarztpraxis in Tiergarten mit nettem Team. Bei uns steht der Patient noch im Vordergrund!!! Wir freuen uns auf Ihren Anruf: 0176-82021352

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; Schloßstr. 40; 12165 Berlin; z.Hd. Renate Wiesemann oder an info@herzpraxisberlin.de

Hausärztlicher Internist (m/w/D), in VZ/TZ oder gegebenenfalls zum Einstieg als Partner/in in unserem MVZ im Süden Berlins zum 1.1.2026 gesucht. E-Mail: praxis@internisten-rudow.de

Praxistausch

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

Praxisabgabe

Praxissitz Neurologie/ Nervenheilkunde in Berlin-Charlottenburg zu verkaufen. Da wir ein MVZ sind, wäre die Übernahme ohne Ausschreibung möglich und damit für den Käufer garantiert. Kontakt bitte über die E-Mail: versorgungszentrum@web.de

Kinderarztpraxis in Berlin Prenzlauer Berg sucht Nachfolger zum 1. Juli 2027. Chiffre-Nr. 520257

1/2 hausärztliche Zulassung, ertragsstark, Berlin Schöneberg, abzugeben. Tel. 0172-1763158

Sehr moderne und umsatzstarke HNO Praxis zum 1.1.2026 (zentrale Lage Berlin-Lichtenberg) abzugeben hno.praxis-berlin@gmx.net

Die Bundespolizeidirektion Berlin sucht flexible und engagierte Ärztinnen und Ärzte für ärztliche Untersuchung zur Gewahrsamstauglichkeit und für Blutentnahmen. Nach einer Einweisung, bei der sich ein Bild von der Tätigkeit gemacht wird und Fragen der Durchführung und Abrechnung geklärt werden, erfolgt bei Bedarf eine telefonische Anfrage an Sie. Ihre Sicherheit wird stets durch die Polizeibeamt/-innen gewährleistet.

Interessierte Ärzt/-innen melden sich bitte unter bpold.berlin.sb15@polizei.bund.de oder 030-91144-1535.

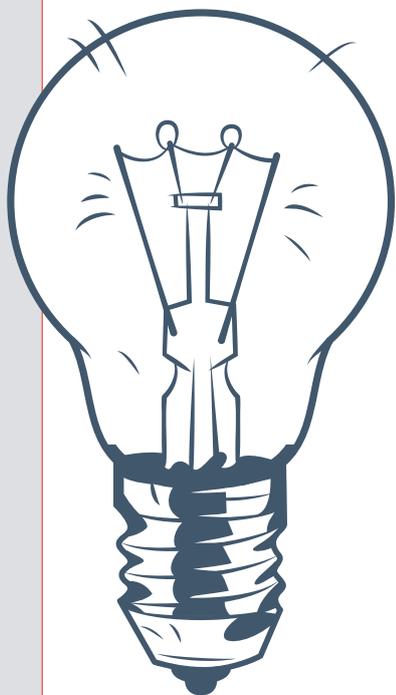


BUNDESPOLIZEI

KV-SERVICE-CENTER

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

Sprechzeiten:
Mo. bis Fr. 10:00 bis 13:00 Uhr
030/31.003-999



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

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

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

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

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

Die Anzeigenschaltung erfolgt gegen Gebühr.

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

Impressum

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

Herausgeber:

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

Redaktionskonferenz:

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

Hinweis der Redaktion:

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

Redaktion:

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

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

Satzbearbeitung und Layout:

Köllen Druck+Verlag GmbH
www.koellen.de

Druck:

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

Anzeigenverwaltung:

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

Anzeigendisposition:

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

Redaktionsschluss:

4/2025 (Juli/August): 30.05.2025
5/2025 (Sep./Okt.): 31.07.2025

Meldeschluss Kleinanzeigen/Termine:

4/2025 (Juli/August): 06.06.2025
5/2025 (Sep./Okt.): 08.08.2025

Buchungsschluss Anzeigen:

4/2025 (Juli/August): 06.06.2025
5/2025 (Sep./Okt.): 08.08.2025

Bankverbindung für Anzeigen:

Commerzbank Bonn
DE38 3804 0007 0342 8000 00
BIC: COBADEFF380

Vertrieb:

KV Berlin, Adresse des Herausgebers

Bezahlte Beilagen:

FREY ADV

Titel: AdobeStock

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

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

ISSN 0945-2389 /
73. Jahrgang

LET'S TALK

PVS-
NETZWERK-
TREFFEN

PERSONALMANAGEMENT IN DER ARZTPRAXIS

2 TERMINE:

16. MAI // 21. NOVEMBER 2025

17:00 – 20:00 UHR BEI
IHRER PVS IN BERLIN

ERFOLGREICHE WEGE FÜR DIE ZUKUNFT

PERSONAL FINDEN, BINDEN UND VERGÜTEN

- » Impulsvorträge zur Mitarbeitergewinnung und -bindung
- » Möglichkeit zum Austausch mit Experten und Kollegen
- » Get Together mit Getränken und Snacks

In einer sich ständig wandelnden Arbeitswelt ist es entscheidend, sich mit aktuellen Themen wie Personalvergütung, Arbeitgeberrechten und innovativem Personalrecruiting auseinanderzusetzen. Wir bieten Ihnen ein Programm voller praxisorientierter Lösungsansätze und Strategien, um das Personalmanagement speziell in der Arztpraxis auf die aktuellen Anforderungen auszurichten.

JETZT KOSTENLOS ANMELDEN!ihre-pvs.de/lets-talk-personalscannen &
anmelden

ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN

bayern
berlin-brandenburg-hamburg
rhein-ruhr

PERSONALVERGÜTUNG – KÖNNTE ICH DIESES JAHR MAL ETWAS BESSER MACHEN?

- » Arbeitnehmervergütung – aus dem Brutto mehr Netto machen
- » steuerfreie Vergütungsbestandteile anwenden
- » Anstellung von Ärzten



Frank Pfeilsticker
Konzept Steuerberatung

IHRE RECHTE ALS ARBEITGEBER

- » neue Mitarbeiter in der Arztpraxis – Vertragsgestaltung
- » Werbung in der Arztpraxis – Neue Medien und Co.



Florian Elsner
BUSSE & MIESSEN
Rechtsanwälte Partner-
schaft mbB

PERSONAL RECRUITING

- » „Future Finders“ – auch in Zukunft noch Mitarbeiter finden, gewinnen und binden
- » zukunftsorientierte, wirksame und nachhaltige Personalfindung – moderne Möglichkeiten und Chancen



Lukas Klatt
Klatt Media Group



T H E
N E W
i X

Freude am Fahren. 100 % elektrisch.

BMW iX xDrive45 (Neuwagen)

Navigation, Komfortzugang, Sitz- und Lenkradheizung, Travel Comfort System, Parking Assistant inkl. Rückfahrkamera uvm.

Leasingbeispiel der BMW Bank GmbH exklusiv für Gewerbekunden:

Laufzeit/-Leistung p.a.:	36 Monate/5.000 km	Leasingsonderzahlung:	0,00 EUR
Fahrzeugpreis:	70.168,07 EUR	36 monatliche	
Gesamtpreis:	23.364,00 EUR	Leasingraten à:	649,00 EUR

Probefahrt
vereinbaren:



Energieverbrauch & CO₂-Emissionen: WLTP Energieverbrauch kombiniert: 17,8 kWh/100 km; WLTP CO₂-Emissionen kombiniert: 0 g/km; CO₂-Klasse: A; WLTP Elektrische Reichweite (EAER): 602 km; Spitzenleistung: 300 kW (408 PS)



T H E
3
PLUG-IN-HYBRID

Freude am Fahren. Elektrisch.

BMW 330e Touring (Neuwagen)

8-Gang-Steptronic-Sport-Automatikgetriebe mit Schaltwippen, Sport-Lenkrad, Sitzheizung, Navigation, Parking Assistant uvm.

Leasingbeispiel der BMW Bank GmbH exklusiv für Gewerbekunden:

Laufzeit/-Leistung p.a.:	36 Monate/5.000 km	Leasingsonderzahlung:	0,00 EUR
Fahrzeugpreis:	53.697,48 EUR	36 monatliche	
Gesamtpreis:	17.604,00 EUR	Leasingraten à:	489,00 EUR

Direkt-
anfrage:



Energieverbrauch & CO₂-Emissionen: WLTP Energieverbrauch gewichtet kombiniert: 21,6 kWh/100 km und 0,9 l/100 km; WLTP CO₂-Emissionen gewichtet kombiniert: 20 g/km; CO₂-Klassen: bei entladener Batterie: F; gewichtet kombiniert: B; WLTP Kraftstoffverbrauch bei entladener Batterie: 7,3 l/100 km; WLTP Elektrische Reichweite (EAER): 93 km; Leistung: 215 kW (292 PS); Hubraum: 1.998 cm³; Kraftstoff: Benzin

RILLER & SCHNAUCK
bewegt

Riller & Schnack GmbH | www.riller-schnack.de

Berlin Hindenburgdamm 68 | Tel.: +49 30 790095-0
Teltow Warthestraße 3 | Tel.: +49 3328 442-0

Unverbindliche Leasingbeispiele der BMW Bank GmbH, Lilienthalallee 26, 80939 München. Gültig bei Kauf bis 30.06.2025, solange der Vorrat reicht. Diese Beispiele gelten nicht für Verbraucher. Sie richten sich ausschließlich an selbstständige und gewerbliche Kunden. Alle Beträge netto zzgl. MwSt. Zzgl. Transport- und Zulassungskosten i.H.v. 860,50 EUR. Bonität vorausgesetzt. Nach den Leasingbedingungen besteht die Verpflichtung, für das Fahrzeug eine Vollkaskoversicherung abzuschließen. Wir vermitteln Leasingverträge ausschließlich an die BMW Bank GmbH, Lilienthalallee 26, 80939 München. Abbildungen zeigen Sonderausstattungen. Irrtümer, Änderungen und Druckfehler vorbehalten. | Die Informationen zum Energieverbrauch erfolgen gemäß der Pkw-Energieverbrauchskennzeichnungsverordnung (Pkw-EnVKV). Die angegebenen Werte wurden nach dem vorgeschriebenen Messverfahren WLTP (Worldwide harmonised Light-duty vehicles Test Procedures) ermittelt. Weitere Informationen zum Messverfahren finden Sie unter www.bmw.de/wltp