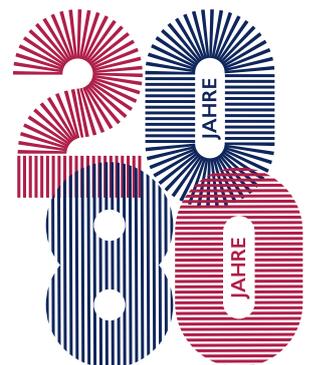


# Gestern. Heute. Morgen.

Das Magazin zum  
Doppeljubiläum  
der Kassenärztlichen  
Vereinigung  
Baden-Württemberg



# Vorstände der Alt-KVen

## Nordwürttemberg

<b>1948–1954</b> <b>Dr. Hans Neuffer</b> <b>Dr. Paul Schwoerer</b>	Dr. Julius Port Dr. Hans Brammer Dr. Otto Bissinger Dr. Willi Kuch Dr. Werner Röken	<b>1977–1980</b> <b>Prof. Dr. Siegfried Häußler</b> <b>Dr. Albert Zeller</b>	Dr. Gotthard Schertlin Dr. Friedrich Gerhard Dr. Horst Klawitter Dr. Albert Pfannkuch Dr. Dr. dent. Wolfgang Wuttig
Dr. Wilhelm Weik Dr. Ottmar Benz Dr. Gerhard Hämmerle Dr. Wolfgang Rieger Dr. Otto Jakober (Vertreter der nicht zugelassenen Ärzte bis 1949) Dr. Werner Röken (Vertreter der nicht zugelassenen Ärzte ab 1950)	<b>1965–1968</b> <b>Dr. Siegfried Häußler</b> <b>Dr. Ernst Walker</b>	<b>1981–1984</b> <b>Prof. Dr. Siegfried Häußler</b> <b>Dr. Albert Zeller</b>	<b>1993–1996</b> <b>Dr. Wolfgang Mohr</b> <b>Dr. Friedrich Gerhard</b>
<b>1955–1956</b> <b>Prof. Dr. Hans Neuffer</b> <b>Dr. Siegfried Häußler</b>	Dr. Heinz Adae Dr. Hans Brammer Dr. Walter Auer Dr. Willi Kuch, verst. 1965 Dr. Helmut Wezel ab 1965 Dr. Werner Röken	Dr. Gotthard Schertlin Dr. Otto Albrecht Dr. Dietrich von Abel Dr. Dieter Ingerfurth Prof. Dr. Jörg-Michael Kimmig ab 1983 Dr. Horst Scheu bis 1982 Dr. Peter Landfried ab 1982	<b>1997–2000</b> <b>Dr. Werner Baumgärtner</b> <b>Dr. Norbert Metke</b>
Dr. Ottmar Benz Dr. Max Ruthardt Dr. Hans Brammer Dr. Hermann Mühlhäuser Dr. Werner Röken	<b>1969–1972</b> <b>Dr. Siegfried Häußler</b> <b>Dr. Ernst Walker</b> , verst. 1970	<b>1985–1988</b> <b>Prof. Dr. Siegfried Häußler</b> <b>Dr. Albert Zeller</b>	Dr. Horst Klawitter Dr. Werner Baumgärtner Dr. Norbert Metke Dr. Stephan Roder Dr. Karl-Gotthard von Buch
<b>1957–1960</b> <b>Dr. Siegfried Häußler</b> <b>Dr. Max Ruthardt</b>	Dr. Helmut Wezel ab 1970 Dr. med Heinz Adae Dr. med Walter Auer Dr. Albert Zeller Dr. Dietrich von Abel ab 1970 Dr. Dietrich Berg bis 1970 Dr. Hans Berger ab 1970	Dr. Gotthard Schertlin Dr. Dietrich von Abel Dr. Wolfgang Mohr Dr. Friedrich Gerhard Dr. Peter Landfried bis 1988 Dr. Dr. dent. Wolfgang Wuttig ab 1988	<b>1997–2000</b> <b>Dr. Werner Baumgärtner</b> <b>Dr. Norbert Metke</b>
Dr. Julius Port Dr. Hans Brammer Dr. Ernst Walker Dr. Roland Renckendorf bis 1959 Dr. Otto Bissinger ab 1959 Dr. Werner Röken	<b>1973–1976</b> <b>Dr. Siegfried Häußler</b> <b>Dr. Helmut Wezel</b>	<b>1989–1992</b> <b>Dr. Wolfgang Mohr</b> <b>Dr. Albert Zeller</b>	Dr. Stephan Roder Dr. Klaus Baier Dr. Michael Jaumann Dr. Horst Klawitter Prof. Dr. Albrecht Hettenbach
<b>1961–1964</b> <b>Dr. Siegfried Häußler</b> <b>Dr. Ernst Walker</b>	Dr. Dietrich von Abel Dr. Heinz Adae Dr. Gotthard Schertlin Dr. Albert Zeller Dr. Hans Berger		<b>2001–2004</b> <b>Dr. Werner Baumgärtner</b> <b>Dr. Norbert Metke</b>

## Südwürttemberg

<b>1949–1964</b> <b>Prof. Dr. Konrad Bihl</b>	Dr. Max Ruthardt Dr. Robert Brüstle Dr. Kurt Tritschles Dr. Gerhard Dürre Dr. Hans Bauer	<b>1985–1988</b> <b>Dr. Werner Ohl</b> <b>Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Brech</b>	Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer Dr. Rolf Schlagenhauf
<b>1965–1968</b> <b>Prof. Dr. Konrad Bihl</b> <b>Dr. Paul Frohn</b>	<b>1977–1980</b> <b>Dr. Hans Blessing</b> <b>Dr. Werner Ohl</b>	Dr. Ulrich Stoll Dr. Klaus Schunter Dr. Gerhard Schwamborn Dr. Maximilian Zollner Dr. Hans Bauer	<b>1997–2000</b> <b>Prof. Dr. Wolfgang Brech</b> <b>Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer</b>
Dr. Karl Kreß Dr. Eberhard Knauer Dr. Kurt Schiffner Dr. Hans Bauer	Dr. Günther Böwing Dr. Robert Brüstle Dr. Kurt Tritschler Dr. Ulrich Stoll Dr. Hans Bauer	<b>1989–1992</b> <b>Dr. Werner Ohl</b> <b>Dr. Maximilian Zollner</b>	Dr. Frank-Dieter Braun Dr. Arnfried Färber Dr. Rolf Schlagenhauf Dr. Claus Schunter Dr. Berchtold Kinkelin Dr. Rolf Segiet
<b>1969–1972</b> <b>Prof. Dr. Konrad Bihl</b> <b>Dr. Karl Kress</b>	<b>1981–1984</b> <b>Dr. Hans Blessing</b> <b>Dr. Werner Ohl</b>	Dr. Claus Schunter Dr. Albrecht Kühn Prof. Dr. Wolfgang Brech Dr. Gerhard Schwamborn Dr. Winfried Meyer-Hentschel	<b>2001–2004</b> <b>Prof. Dr. Wolfgang Brech</b> <b>Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer</b>
Dr. Kurt Schiffner Dr. Eberhard Knauer Dr. Hans Blessing Dr. Hans Bauer	Dr. Günther Böwing Dr. Ulrich Stoll Dr. Martin Fark Dr. Eberhard Häußler Dr. Hans Bauer	<b>1993–1996</b> <b>Prof. Dr. Wolfgang Brech</b> <b>Dr. Albrecht Kühn</b>	Dr. Michael Barczok Dr. Frank-Dieter Braun Dr. Hans-Michael Walter Dipl.-Psych. Jürgen Doebert Dr. Peter Cuno Dr. Rolf Segiet
<b>1973–1976</b> <b>Dr. Hans Blessing</b> <b>Dr. Werner Ohl</b>		Dr. Winfried Meyer-Hentschel Dr. Claus Schunter Dr. Gerhard Schwamborn	

# Vorstände der KVBW

<b>2005–2010</b> <b>Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer</b> <b>Dr. Wolfgang Herz</b>	<b>2011–2016</b> <b>Dr. Norbert Metke</b> <b>Dr. Johannes Fechner</b>	<b>2017–2022</b> <b>Dr. Norbert Metke</b> <b>Dr. Johannes Fechner</b>	<b>ab 2023</b> <b>Dr. Karsten Braun, LL. M.</b> <b>Dr. Doris Reinhardt</b>
---	---	---	--

Dr. Gisela Dahl  
Dr. Jan Geldmacher  
Dr. rer. pol. Thomas Zalewski

## Südbaden

<b>1955–1960</b> <b>Dr. Eduard Eschbacher</b> <b>Dr. Christian Müller</b>	<b>1965–1968</b> <b>Dr. Eduard Eschbacher</b> <b>Dr. Franz Haas</b>	Dr. Dietrich Köhne Dr. Karl Kreß Christoph Pletz Dr. Karl Schaal Dr. Dieter Schareck Prof. Dr. Hugo Steim	<b>1993–1996</b> <b>Dr. Peter Schwoerer</b> <b>Dr. Gerhard Dieter</b>
Dr. Walter Troidner Dr. Bernhard Villinger Dr. Adolf Steegmüller Dr. Karl Keßler Dr. Oskar Meroth Dr. Fritz Edelmann Dr. Egon Spiess Dr. Spiess ausgeschieden 1956, Nachrücker Dr. Dieter Schareck	Dr. Walter Troidner Dr. Karl Keßler Dr. Wilhelm Baurhenn Dr. Hans-Joachim Grundies Dr. Hans Ehemann Dr. Robert Braster Doz. Dr. Hugo Steim	<b>1981–1984</b> <b>Dr. Hans-Joachim Ballstaedt</b> <b>Dr. Franz Haas</b>	Dr. Christoph von Ascheraden Dr. Johannes Fechner Dr. Elisabeth Hauenstein Dr. Dietrich Köhne Dr. Elmar Kasper Dr. Fritz Lenz
<b>1957</b> <b>Dr. Eduard Eschbacher</b> <b>Dr. Franz Haas</b>	<b>1969–1972</b> <b>Dr. Eduard Eschbacher,</b> <b>Dr. Fanz Haas</b>	Dr. Dietrich Köhne Dr. Karl Kreß Christoph Pletz Dr. Karl Schaal Dr. Martin Schieber Prof. Dr. Hugo Steim	<b>1997–2000</b> <b>Dr. Gerhard Dieter</b> <b>Dr. Jan Geldmacher</b>
Dr. Christian Müller Dr. Bernhard Villinger Dr. Werner Baumgartner Dr. Karl Keßler Dr. Werner Baumgartner Dr. Karl Keßler Dr. Hans Haller Dr. Fritz Edelmann Dr. Dieter Schareck, ausgeschieden nach Zulassung, Nachrücker Dr. Hugo Steim	Dr. Walter Troidner Dr. Hans-Joachim Ballstaedt Dr. Hans-Joachim Grundies Dr. Karl Keßler Dr. Karl-Heinz Oschger Dr. Robert Braster Reg. Dir. Dr. Christian Götttsching	<b>1985–1988</b> <b>Dr. Hans-Joachim Ballstaedt</b> <b>Dr. Ernst Otto Schroff</b>	Dr. Johannes Fechner Dr. Gerlinde Birmelin Dr. Hermann Schulz Dr. Hans-Wolfgang Pollack Dr. Dietrich Köhne bis 1997 Dr. Rudi Kielwein ab 1998 Dr. Gerhard Schade
<b>1961–1964</b> <b>Dr. Eduard Eschbacher</b> <b>Dr. Franz Haas</b>	<b>1973–1976</b> <b>Dr. Hans-Joachim Ballstaedt</b> <b>Dr. Franz Haas</b>	Dr. Edmund Weiland Dr. Karl Schaal Dr. Dietrich Köhne Dr. Elmar Kasper Dr. Peter Schwoerer Prof. Dr. Hugo Steim	<b>2001–2004</b> <b>Dr. Gerhard Dieter</b> <b>Dr. Jan Geldmacher</b>
Dr. Walter Troidner Dr. Bernhard Villinger Dr. Hans-Joachim Grundies Dr. Karl Keßler Dr. Hans Ehemann Dr. Fritz Edelmann Dr. Hugo Steim	Dr. Hans-Joachim Grundies Christoph Pletz Dr. Wilhelm Wütschner Dr. Robert Braster Dr. Karl-Heinz Öschger Reg. Dir. Dr. Christian Götttsching	<b>1989–1992</b> <b>Dr. Peter Schwoerer</b> <b>Dr. Ernst Otto Schroff</b>	Dr. Johannes Fechner Dr. Ulrich Clever Dr. Hermann Schulz Dr. Johannes Probst Dr. Rudi Kielwein Dr. Gerhard Schade
	<b>1977–1980</b> <b>Dr. Hans-Joachim Ballstaedt</b> <b>Dr. Franz Haas</b>	Dr. Edmund Weiland Dr. Dietrich Köhne Dr. Elmar Kasper Dr. Gerhard Dieter Dr. Fritz Lenz Prof. Dr. Hugo Steim	

## Nordbaden

<b>1948–1964</b> <b>Dr. Otto Rist</b>	Dr. Wilfried König Dr. Horst Amann	<b>1985–1988</b> <b>Dr. Herbert Schichardt</b> <b>Dr. Hans Zeil</b>	Dr. Peter Ott Dr. Jost Krieg Dr. Wolfgang Hornung Dr. Gerhard Wesch
<b>1965–1968</b> <b>Dr. Herbert Schichardt</b>	<b>1977–1980</b> <b>Dr. Herbert Schichardt</b> <b>Dr. Karl-Wilhelm Maurer</b>	Dr. Jost Krieg Dr. Wilfried König Dr. Felix Fröhlich Dr. Horst Amann	<b>1997–2000</b> <b>Hans-Jürgen Schmidt</b> <b>Dr. Axel de Rossi</b>
<b>1969–1972</b> <b>Dr. Herbert Schichardt</b> <b>Dr. Alfred Engels</b>	Dr. Anton Lanninger Dr. Hermann Rech Dr. Karl Storck Dr. Hans Zeil Dr. Wilfried König Dr. Horst Amann	<b>1989–1992</b> <b>Hans-Jürgen Schmidt</b> <b>Dr. Axel de Rossi</b>	Dr. Wolfgang Herz Dr. Dirk Hermesmeier Dr. Wolfgang Hornung Dr. Gerhard Wesch Dr. Peter Stehling
<b>1973–1976</b> <b>Dr. Herbert Schichardt</b> <b>Dr. Karl-Wilhelm Maurer</b>	Dr. Hans Flächer Dr. Hermann Rech Dr. Karl Storck Dr. Karl-Friedrich Vetter	Dr. Wilfried König Dr. Jost Krieg Dr. Geert Wenzel Dr. Gerhard Wesch Dr. Rainer Wysocki Dr. Hans Zeil	<b>2001–2004</b> <b>Dr. Wolfgang Herz</b> <b>Dr. Wolfgang Streibl</b>
Dr. Hans Flächer Dr. Hermann Rech Dr. Karl Storck Dr. Hans Becker	<b>1981–1984</b> <b>Dr. Herbert Schichardt</b> <b>Dr. Hans Zeil</b>	<b>1993–1996</b> <b>Hans-Jürgen Schmidt</b> <b>Dr. Axel de Rossi</b>	Dr. Jürgen Braun Dr. Alexander Gier Dr. Andreas Scheffzek Dr. Werner Löhle Dr. Uwe Gordt Dr. Klaus Engels

## Impressum

**Herausgeber** (v. i. S. d. P.)  
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Dr. Karsten Braun, LL. M. /  
Dr. Doris Reinhardt  
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

**Redaktion:** Gabriele Kiunke (Ltg.),  
Eva Frien, Alicia Halbedel,  
Kerstin Thellmann, Martina Tröscher

**Mitarbeit:** Marion Dorbath,  
Dr. Oliver Erens, Dr. Richard Fux,  
Markus Jox, Claudia Lupo,  
Aljona Merk, Franziska Müller,  
Maja Moliere, Marion Raschka,  
Christian Seibt, Kai Sonntag

**Design:** Factor Product GmbH,  
factor-product.com

**Druck:** Offizin Scheufele Stuttgart  
**Auflage:** 30.000, Juni 2025

**Fotonachweise:**  
**Seite 1, 7, 9, 12, 13, 17, 20, 21, 22, 23, 48, 49, 51:** KVBW/Norman Ill  
**Seite 5, 6, 8, 18, 19, 24, 25, 27, 36, 37, 53:** KVBW, **Seite 4:** iStock/smirart (rechts), iStock/alvarez (links), **Seite 8:** iStock/demaerre, **Seite 16:** iStock/FatCamera, **Seite 17:** Stadt Aalen, **Seite 20, 21, 26, 30, 31, 55:** privat, **Seite 34:** iStock/AndreyPopov, **Seite 43:** LÄK, **Seite 44:** iStock/Andreas Giannakis, KBV (Portraits), **Seite 45:** iStock/Shadi Alhannat (oben), iStock/Kai Kottwitz (unten), **Seite 51:** Scope Architekten/Stuttgart, **Seite 52:** BMG/Jan Pauls, **Seite 55:** iStock/ipopba  
**Umschlag:** iStock/Povozniuk (1988), iStock/Andrey Popov (2008), iStock/filadendron (2020–2023), picture alliance/dpa | dpa Team (Helmut Kohl), picture alliance/dpa | Richard Koll (Elisabeth Schwarzhaupt), picture alliance/dpa (Horst Seehofer), picture alliance/teutopress (Ulla Schmidt), picture-alliance/AKG (Gründung der Bundesrepublik Deutschland)

# MEILENSTEINE DER GESCHICHTE

Wer die Entstehung der KVBW nachvollziehen möchte, muss weiter als 80 Jahre zurückgehen. Chronik, Teil I: 1931 bis 2005



**1945**  
Gründungsversammlung für eine Kassenärztliche Vereinigung in Stuttgart

**1931**  
Gründung der KVen als Körperschaft des öffentlichen Rechts und Gegengewicht zu den Krankenkassen (KK) durch **Notverordnung**. Aufgaben: Interessenvertretung und Honorarverträge mit den Krankenkassen

**1933**  
Abschaffung der regionalen KVen und Bildung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) und damit Umwandlung von einer Interessenvertretung der Ärzte in ein parastaatliches Exekutivorgan.

**1948**  
Gründung der KV Nordbaden  
**04.09.1948:** erste Vorstandswahl der KV Württemberg

**1949**  
Gründung der Bundesrepublik Deutschland  
**13.01.1949:** Konstituierung der KV Württemberg-Hohenzollern in Tübingen; **01.10.1949:** Trennung der kassenärztlichen Verrechnung in Nord- und Südwürttemberg, damit Entstehung der KV Landesstelle Württemberg (Stuttgart) und der KV Südwürttemberg (Reutlingen).

**2001**  
Einführung der Disease-Management-Programme (DMP): Behandlungsprogramme für chronisch Erkrankte oder für Menschen mit chronischen Krankheiten



2001–2009  
Ulla Schmidt (SPD), Gesundheitsministerin

**1999**  
Psychotherapeutengesetz: Psychotherapeuten werden in die vertragsärztliche Versorgung integriert und Mitglieder der KVen.

**2004**  
**GKV-Modernisierungsgesetz:** Errichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum 1. Januar 2004 (Vorgängerorganisationen: Bundesausschüsse der Ärzte und Zahnärzte sowie Krankenkassen, Ausschuss Krankenhaus und Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss): Als oberstes Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen hat der G-BA die Aufgabe, darüber zu entscheiden, welche medizinischen Leistungen von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.



**2004**  
Einführung der sogenannten „Praxisgebühr“ (bis 2012) in Höhe von 10 Euro, die GKV-Versicherte bei Arzt-, Zahnarzt- oder Psychotherapeutenbesuchen sowie im vertragsärztlichen Notdienst einmal im Quartal in der Praxis entrichten mussten und die unmittelbar den Krankenkassen zugutekam.



**1959**  
Umbenennung der KV Landesstelle Württemberg in KV Nordwürttemberg

**1955**  
**Gesetz über das Kassenarztrecht:** Dieses bildet die Rechtsgrundlage für die KVen und die KBV als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Den KVen wird das **Monopol** bei der ambulanten kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung mit dem sogenannten **Sicherstellungsauftrag** übertragen. Dafür verzichten sie auf ein **Streikrecht**.

Konstituierung der KV Südbaden

**1953**  
Die Arbeitsgemeinschaft der Länder-KVen benennt sich in „**Kassenärztliche Bundesvereinigung**“ (KBV) um mit Sitz in Köln.



**1951**  
Der Deutsche Bundestag beschließt das sogenannte **Selbstverwaltungsgesetz**: Mit diesem findet der Wiederaufbau der gegliederten, öffentlich-rechtlich organisierten Selbstverwaltung innerhalb der Sozialversicherung seinen vorläufigen Abschluss.



1992–1998  
Horst Seehofer (CSU) Gesundheitsminister

**1993**  
**Gesundheitsstrukturgesetz** („Kompromiss von Lahnstein“). Dieses leitet als **Kostendämpfungs- und Strukturreform-Paket** die Ära der gesetzlichen Budgetierung (vertragsärztliches Honorar, Arznei- und Heilmittel) sowie eine neue **restriktive Bedarfsplanung** ein und markiert den Start in den **Wettbewerb der Krankenkassen** (Wahlrecht für Versicherte). Kassenärzte heißen künftig **Vertragsärzte** und werden mit **Regressen** konfrontiert.

**1961**  
Bau der Berliner Mauer und **Gründung des Bundesgesundheitsministeriums**: Elisabeth Schwarzhaupt (CDU) wird zur ersten Bundesministerin für Gesundheit ernannt und als erste Frau in das Amt eines Bundesministers erhoben.



**1988**  
**Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen:** Ab 1989 werden Gesundheitsförderung und Prävention Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

**1990**  
Im Zuge der **Wiedervereinigung Deutschlands** wird das Gesundheitssystem der DDR an das der Bundesrepublik angeglichen. Vor der Wiedervereinigung waren die KVen in der DDR als Abrechnungsstellen im Freien Deutschen Gewerkschaftsbund (FDGB) integriert.

**1991**  
In den fünf neuen Bundesländern werden KVen gegründet. Es gibt eine „**Ärztenschwemme**“.

Fortsetzung der Chronik am Ende des Magazins

**2005**  
Das GKV-Modernisierungsgesetz verpflichtete u. a. die vier regionalen KVen Nordbaden, Nordwürttemberg, Südbaden und Südwürttemberg 2005 zur **Fusion zur Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)**. Es entsteht mit 20.000 Mitgliedern und rund 1.000 Beschäftigten die zweitgrößte KV in Deutschland. Die Vorstände sind nun hauptamtlich tätig.

**Vorstände der ersten Legislaturperiode der KVBW:**  
Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer (Vors.), Dr. Wolfgang Herz (stv. Vors.), Dr. Gisela Dahl, Dr. Jan Geldmacher, Dr. rer. pol. Thomas Zalewski



# Gemeinsam gewachsen

Mit diesem Magazin feiern wir 20 Jahre Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und zugleich 80 Jahre vertragsärztliche Selbstverwaltung im Südwesten. Zwei Wegmarken, die für Entwicklungen, Herausforderungen und vor allem für das kontinuierliche Engagement all jener stehen, die unser ambulantes System täglich mit Leben füllen – in der hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ebenso wie in der Verwaltung der KVBW und den Bereitschaftspraxen.

Diese Geschichte ist zugleich die Geschichte eines starken Prinzips: des kollektivvertraglichen Systems, das die ärztliche und psychotherapeutische Freiberuflichkeit schützt, Versorgung solidarisch organisiert und in dem wir als Kassenärztliche Vereinigung ein verlässliches Gegengewicht zu den Krankenkassen bilden. Denn im kollektiven System gilt: Nur gemeinsam sind wir stark – für die Patientinnen und Patienten, für die Praxen, für ein solidarisches Gesundheitswesen.

Das Magazin ist analog zu unserem dreiteiligen Jubiläumsmotto „Gestern. Heute. Morgen“ aufgebaut: Im **Gestern**-Teil blicken wir zurück auf bewegte Jahrzehnte: von den Anfängen unter schwierigen politischen Bedingungen bis hin zur Gründung der KVBW. Wir werfen Schlaglichter auf prägende Stationen, etwa die Integration der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ins KV-System oder die Einführung unserer Online-Sprechstunde docdirekt.

Was uns heute ausmacht, wie sich die Selbstverwaltung organisiert, warum wir uns als attraktiven Arbeitgeber positionieren und wie wir die Zusammenarbeit mit Sozialministerium und der Landesärztekammer gestalten: Diese Themen beleuchtet der **Heute**-Teil. Auch unsere Mitarbeitenden stehen hier im Fokus: mit den Ergebnissen unseres Jubiläums-Zahlenspiels und ausgewählten Fotos aus der Aktion „Wir gratulieren der KVBW“.



Dr. Doris Reinhardt  
Dr. Karsten Braun, LL. M.

Natürlich gehört zu einem Jubiläum auch der Blick nach vorn. Der **Morgen**-Teil widmet sich den Visionen einer Gesundheitsversorgung im Jahr 2050 – darunter eine ganz konkrete: unser Neubauprojekt in Freiburg.

Uns bleibt, Danke zu sagen: Den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mit ihrer Arbeit Tag für Tag einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung leisten. Und allen Mitarbeitenden in der Verwaltung und den Bereitschaftspraxen der KVBW, die dieses System mit Kompetenz, Einsatz und Herz unterstützen.

Wir freuen uns auf die nächsten Kapitel dieser Geschichte – gemeinsam mit Ihnen. ✨

Dr. Karsten Braun, LL. M.  
Vorstandsvorsitzender

Dr. Doris Reinhardt  
Stellvertretende Vorsitzende



PS: Wie gefällt Ihnen unser Jubiläumsmagazin?  
Schreiben Sie uns an [kommunikation@kvbwue.de](mailto:kommunikation@kvbwue.de).  
Wir freuen uns über Ihre Nachricht.



# Gestern

## Pionierarbeit

Mit innovativen Projekten und gezielten Maßnahmen setzt die KVBW bundesweit Impulse – von Telemedizin über Nachwuchsförderung bis zur Qualitätssicherung.

### Bundesweites Kompetenzzentrum

Arzt- und Psychotherapiepraxen müssen die Anforderungen rund um Hygiene und Medizinprodukte kennen und deren Umsetzung nachweisen können. Dies wird unter anderem durch Behörden überwacht.

Zur Sicherstellung einer bundesweit qualitativ hochwertigen Beratung der Mitglieder rund um das eigene Hygienemanagement initiierte die KVBW 2010 die Gründung des „Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte (CoC) der KVen und der KBV“, das mittlerweile durch alle KVen getragen wird.

Als Service für ihre Mitglieder bieten alle KVen seit Jahren eine qualifizierte Hygieneberatung an. Das CoC-Team schult und unterstützt diese Hygieneberater, koordiniert das Beraternetzwerk und bietet Unterlagen für Praxen und KVen an.



### Neue Arzneimittel-Richtwertsystematik

Die KVBW hat unter ihrem Vorsitzenden, Dr. Norbert Metke, in Verhandlungen mit den Krankenkassen seit 2017 die statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung grundlegend geändert, um so eine bessere und gerechtere Analyse der ärztlichen Arzneimittelverordnungen zu ermöglichen. Das Ziel bestand darin, die starren Richtgrößen abzulösen und durch eine neue Prüfsystematik die Verordnungsschwerpunkte einzelner Praxen abzubilden. Seitdem hängt die Höhe des Arzneimittelbudgets davon ab, welche Arzneimittel wie vielen Patienten verordnet werden. Die praxisindividuelle Morbidität wird damit zielgenauer berücksichtigt.

Diese Änderung erwies sich als sehr erfolgreich: Seit der Einführung der neuen Systematik wurde die Anzahl der statistischen Prüfungen um etwa 80 Prozent reduziert. Die Vertragspartner nutzen damit den gesetzlichen Spielraum, um – nach dem Motto „Gestalten statt verwalten“ – einen erfolgreichen Systemwechsel umzusetzen.

### Erste Online-Sprechstunde

Mit docdirekt etablierte die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) im Jahr 2018 als erste KV ein Modell zur telemedizinischen Behandlung. GKV-Versicherte können sich werktags von 9.00 Uhr bis 19.00 Uhr bequem online medizinisch beraten lassen – durch erfahrene Haus- und Kinderärzte. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg änderte dafür sogar die ärztliche Berufsordnung und schuf mit der Aufhebung des Fernbehandlungsverbots die formalen Voraussetzungen für dieses zukunftsweisende Angebot.

### Förderung des ärztlichen Nachwuchses

Die Suche nach Praxisnachfolgerinnen und -nachfolgern gestaltet sich gerade in ländlichen Regionen zunehmend schwierig. Bereits 2015 reagierte die KVBW mit dem Förderprogramm Ziel und Zukunft (ZuZ). Es unterstützt die Gründung und Übernahme von Praxen sowie Anstellungen in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten. Allein im Jahr 2023 flossen 4,1 Millionen Euro in diese Förderung. Zusätzlich sind Niederlassungen mit einem Zuschuss von bis zu 80.000 Euro förderfähig.



# In der Krise stark und engagiert

Während der Coronapandemie waren die Haus- und Facharztpraxen über die Maßen zum Wohl der Patienten im Einsatz.



In der Hochphase wurden am Standort Reutlingen rund um die Uhr Pakete für die Arztpraxen gepackt. Hinter Masken: Marion Dorbath, Claudia Lupo, Kerstin Albrecht, Sabine Schneiderhan, Nicole Nahlinger-Strom und Roland Müller.

### KVBW ordert Schutzausrüstung

Die dringend benötigten FFP2-Atemschutzmasken, Schutzkittel, Einmalhandschuhe sowie Mund-Nasen-Schutz waren in der ersten Phase der Pandemie für die Arztpraxen einfach nicht zu bekommen. In dieser Situation entschied die KVBW, als Großbestellerin tätig zu werden. Innerhalb weniger Tage baute die KVBW für die Lagerung und Verteilung ein Logistikzentrum in Reutlingen auf. In der Hochphase der Coronakrise wurden rund um die Uhr Pakete gepackt und mithilfe eines Logistikunternehmens an die Arztpraxen verteilt. Ebenso wurde ein Portal für Nachbestellungen eingerichtet. Von März bis Dezember 2020 gab es 90.000 Aussendungen an die Mitglieder.

### Pandemiebeauftragte

Mit Blick auf die zweite Coronawelle ernannte die KVBW im Sommer 2020 für jeden der 44 Stadt- und Landkreise eine Ärztin oder einen Arzt zum Pandemiebeauftragten. Sie fungierten als Bindeglied zwischen der KVBW, den Ärzten in der jeweiligen Region sowie den beteiligten Behörden wie Landrats- und Gesundheitsamt. Ein großartiges Engagement, für das einige Pandemiebeauftragte ausgezeichnet wurden, darunter Dr. Lisa Federle und Dr. Doris Reinhardt.

### Arztpraxen zünden Impfturbo

Wurde anfangs ausschließlich in den Impfzentren des Landes geimpft, so übernahmen ab April 2021 die Praxen die Coronaimpfungen – ein echter Impfturbo. Bis Ende Juni 2021 impften die rund 6.600 teilnehmenden Praxen mehr als 3,4 Millionen Menschen in Baden-Württemberg. 🌸

### Corona-Abstrichstellen

In enger Kooperation mit den Kommunen, Städten und Landratsämtern haben die Notfalldienstbeauftragten und Kreisärzteschaften im März und April 2020 zusammen mit der KVBW über 60 Corona-Abstrichstellen und Fieberambulanzen eingerichtet. Insgesamt wurden im ersten Halbjahr 2020 rund 450.000 Patienten mit Verdacht auf Covid-19 versorgt.

### Desinfektionsmittel

Neben der Schutzausrüstung gehörten zu Beginn auch Desinfektionsmittel zur Mangelware. Das Institut für organische Chemie der Universität Stuttgart-Vaihingen bot Hilfe an, und gemeinsam mit den Apothekern der KVBW wurden über 400 Fünfteliter-Kanister Desinfektionsmittel hergestellt.

# Vier gewinnt!

Wie aus vier KVen eine wurde:  
Der Zusammenschluss erfolgte nicht freiwillig, doch heute stellt niemand mehr die Einheit infrage.

Es war wieder eines der Gesetze mit einem unaussprechlich langen Namen. Wie kein anderes hatte es Auswirkungen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen: Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), sollte das deutsche Gesundheitswesen unter Kostengesichtspunkten reformieren. Es schrieb die Fusion der KVen in Deutschland vor, die weniger als 10.000 Mitglieder hatten. Und so fusionierten zum 1. Januar 2005 die vier regionalen KVen in Baden-Württemberg: die KVen aus Nordbaden, Nordwürttemberg, Südbaden und Südwürttemberg. Die neue Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) war geboren und mit 20.000 Mitgliedern und rund 1.000 Beschäftigten nach Bayern die zweitgrößte KV in Deutschland.

Eine Liebesheirat war der Zusammenschluss daher keineswegs. Aus heutiger Sicht war das GMG aber zweifellos eines der besten Gesundheitsreformgesetze, die erlassen wurden.

Umfangreich waren die Veränderungen, die damit einhergingen. Denn es ging nicht nur um eine Fusion verschiedener Organisationen, sondern auch um weitreichende strukturelle Veränderungen. So sah das Gesetz vor, dass die Vorstände künftig hauptamtlich tätig sein sollten. Die bisherige Funktion eines Hauptgeschäftsführers gab es daher in der neuen KVBW nicht mehr. Für die erste Wahlperiode galt für den Vorstand die Ausnahme, dass er mit fünf Mitgliedern besetzt sein durfte. Für die Vertreterversammlung wurde eine Größe von 50 Mitgliedern festgelegt, davon fünf psychotherapeutische Delegierte.

Der „Fusionsvorstand“ war streng nach klaren Kriterien ausgerichtet. Es gab zwei haus- und zwei fachärztliche Vorstände. Ebenso waren die vier AltkVen vertreten. Zum Vorstandsvorsitzenden wurde Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer, Allgemeinarzt aus Stetten am Kalten Markt (Südwürttemberg), gewählt, sein Stellvertreter war Dr. Wolfgang Herz, Hals-Nasen-Ohren-Arzt aus Rastatt (Nordbaden). Weitere Mitglieder waren Dr. Jan Geldmacher, Internist aus Emmendingen (Südbaden), und die Allgemeinmedizinerin Dr. Gisela Dahl aus Stuttgart



Zur Fusion erhielten alle Mitarbeitenden das Spiel „Vier gewinnt“, dessen Name perfekt das Ziel des Zusammenschlusses widerspiegelt.

(Nordwürttemberg). Aus der KV-Verwaltung kam der bisherige Hauptgeschäftsführer der KV Nordwürttemberg, Dr. Thomas Zalewski, in den Vorstand. Zur Vorsitzenden der Vertreterversammlung wählten die Delegierten die ärztliche Psychotherapeutin Dr. Birgit Clever aus Freiburg, ihr Stellvertreter wurde Dr. Frank-Dieter Braun, Allgemeinarzt aus Biberach.

Als Hauptsitz wurde Stuttgart bestimmt, die Organisation blieb jedoch dezentral. In Karlsruhe, Freiburg und Reutlingen blieben die Standorte (Bezirksdirektionen) erhalten, um die Nähe zu den Mitgliedern sicherzustellen. Die regionale Ausrichtung bildete sich auch durch die vier Bezirksbeiräte ab, die in jeder Bezirksdirektion durch die Mitglieder gewählt wurden. Auch hier wurden in der Satzung klare Vorgaben bestimmt: Die Bezirksbeiräte umfassten jeweils fünf Mitglieder, zwei hausärztliche, zwei fachärztliche und ein psychotherapeutisches Mitglied.

Die Fusion ging keineswegs reibungslos vonstatten. Kein Wunder, waren die KVen doch in ihrer Struktur und Arbeitsweise sehr unterschiedlich. Die Organisation musste komplett neu strukturiert werden, Zuständigkeiten neu festgelegt werden. Für einige Mitarbeitende bedeutete dies Veränderungen in der Karriere, weil bestimmte Stellen, etwa Führungspositionen, nicht erhalten blieben. Manch einer fühlte sich auch als „Fusionsopfer“. Für andere dagegen eröffneten sich Chancen.

Die Geschäftsbereiche waren nun über mehrere Standorte verteilt, sodass die Beschäftigten standortübergreifend arbeiten mussten und neue Menschen ins Team kamen. Arbeitsprozesse mussten angepasst, Gewohntes aufgegeben und Neues integriert werden, was verständlicherweise nicht allen Mitarbeitenden gleichermaßen leichtfiel. Zu betonen ist, dass die Fusion nicht, wie es üblicherweise in der freien Wirtschaft meist der Fall ist, mit einem Stellenabbauprogramm einherging. Insgesamt gelang es, die Mehrheit in diesem Veränderungsprozess mitzunehmen und den Mitarbeitenden neue Perspektiven aufzuzeigen, was sich beispielsweise darin zeigt, dass bis heute sehr viele Kolleginnen und Kollegen länger als 20 Jahre in der KV arbeiten.

Manche Eigenheiten der einstigen KV-Standorte überdauerten die Fusion: So kocht für die Beschäftigten in der KV Reutlingen beispielsweise bis heute eine fest angestellte Küchenmannschaft. Auch die Zulassungsausschüsse hatten bis vor etwa zwei Jahren noch eigene Prozesse, teilweise sogar eigene Formulare.

Innerhalb der Ärzteschaft sorgte die Zwangsheirat der vier KVen nicht unbedingt für Beifall. „Sie ist ausschließlich politisch motiviert und ökonomisch sinnlos“, urteilte der Vorsitzende der KV Südwürttemberg, Prof. Dr. med. Wolfgang Brech, beim Kassenärztetag in Friedrichshafen. Auch der Vorsitzende der KV Nordwürttemberg, Dr. med. Werner Baumgärtner, äußerte Kritik. Er prognostizierte im Deutschen Ärzteblatt 05/2004 „Riesenkosten“ für die Zwangsvereinigung durch die Harmonisierung der unterschiedlichen Honorarverteilungsmaßstäbe, der Verträge mit den Krankenkassen sowie der Arzneimittelobergrenzen, aber auch der Vermögen und unterschiedlichen Versorgungsansprüche der Mitarbeitenden. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Wolfgang Herz befürchtete, dass es im Zuge der Verschlinkung der Verwaltung nicht



Unter dem ehemaligen Vorsitzenden Prof. Dr. Siegfried Häußler der KV Nordwürttemberg entstand das moderne Verwaltungsgebäude in Stuttgart, entworfen von den Architekten Prof. Hans Kammerer und Prof. Walter Belz und Partner.

gelingen werde, die große Zahl der Mitglieder von einer Zentrale aus zu managen. Außerdem gehe in einem derart großen Apparat die Basisnähe verloren. „Die Kollegen haben keinen Ansprechpartner mehr vor Ort“, befürchtete Herz.

Liebe sei es nicht gewesen, die die vier eigenständigen Körperschaften zur Fusion gebracht hat, meinte auch der Vorstandsvorsitzende Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer. Im Editorial des Ärzteblatts Baden-Württemberg 2005 schrieb er: „Viele unserer Mitglieder können immer noch nicht nachvollziehen, warum es ‚ihre‘ KV Nordbaden, Nordwürttemberg, Südbaden oder Südwürttemberg nicht mehr gibt. Die Antwort ist vordergründig sehr einfach: Die Politik wollte es so und im GMG ist dieses nachzulesen.“ Es sei für ihn vollkommen nachvollziehbar, dass das Aufgeben von Eingespieltem, von Gewohntem, letztendlich von alltäglicher Routine durchaus Befürchtungen bei den Mitgliedern hervorrufen könne. Hier sei Überzeugungsarbeit angesagt. Doch, so seine Conclusio, es lohne sich für alle Beteiligten, denn: „Es ist meine feste Überzeugung (...), dass das KV-System bei allen politischen Diskussionen nicht nur für uns Ärzte, sondern in allererster Linie für die flächendeckende Versorgung unserer Patienten ohne Alternative ist.“

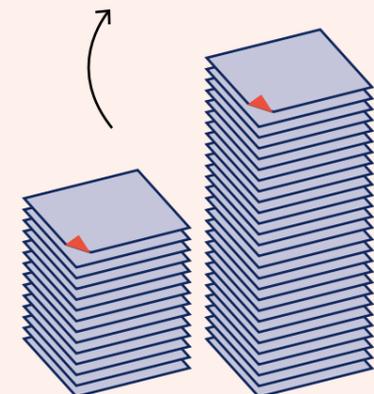
Recht hatte er. Eine zersplitterte Versorgungslandschaft wäre in niemandes Interesse. Heute würde niemand mehr auf die Idee kommen, die Fusion für einen Fehler der Politik zu halten. Ganz im Gegenteil: Die KVBW ist eine schlagkräftige Organisation und kann dank ihrer Größe umfangreiche Aufgaben im Gesundheitswesen erfüllen. ✨

# Was kam, was ging, was bleibt

In den vergangenen 80 Jahren hat sich der Arbeits- und Praxisalltag grundlegend verändert. Wir haben einige Beispiele zusammengestellt, die den Wandel gut verdeutlichen. Wie war es früher, wie ist es heute? Was hat sich verändert und was ist bis heute geblieben?

## Screens statt Stapel

Früher stapelten sich die Papierunterlagen in den Büros, zum Beispiel in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses. Heute gibt es Screens und viel Platz in den Büros!



## Unsterblich

Das Faxgerät ist nicht totzubekommen! Noch immer schicken Praxen vieles per Fax an die KVBW, auch wenn es inzwischen digital im E-Mail-Postfach landet. Warum? Ein Grund ist sicher auch die schleppende Digitalisierung im Gesundheitswesen.

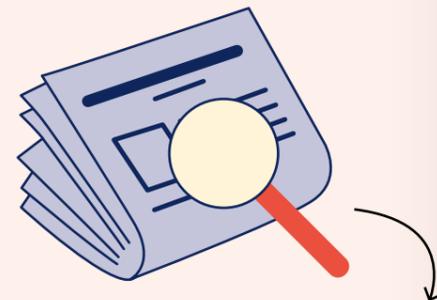


## Früher rennen, heute scrollen

Von Zeitungsstand zu Zeitungsstand rennen – und das jeden Samstag aufs Neue. Die Bewerbung in eine Mappe packen und zur Post bringen. So sah die Jobsuche früher aus. Heute scrollt sich der Arbeitssuchende durch die Stellenportale oder bewirbt sich direkt in einem Onlineportal. Auch die KVBW ist auf dem Onlinestellenmarkt gut vertreten! Auf unserer Website finden Sie ebenfalls unsere Stellenangebote:

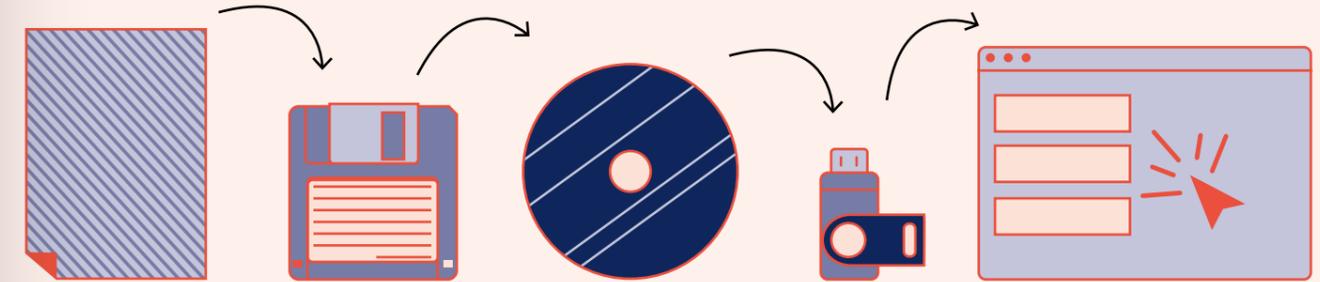


KVBW-Stellenportal



## Ein Klick und weg

Damit die KVBW ihren Mitgliedern ihr zustehendes Honorar auszahlen kann, muss sie zunächst wissen, welche Leistungen sie erbracht haben. Dazu reichen unsere Mitglieder ihre umfangreichen Abrechnungen ein. Früher in Papierform, später auf Disketten, CDs, USB-Sticks. Heute kann das Praxispersonal die Abrechnung ganz praktisch und schnell mit wenigen Klicks über das Mitgliederportal an die KVBW schicken.



## Verschwundene Patienten waren gestern

In vielen Praxen sind die meterlangen, mit Patientenakten gefüllten Aktenschränke Geschichte. Der Arzt oder Psychotherapeut holt sich über seinen Computer die Patientenakten. Und hat so alles übersichtlich und filterbar vor sich und muss nicht mehr durch die Seiten blättern. Zudem wird der Patient problemlos gefunden und kann nicht mehr aus Versehen im Aktenschrank-Nirwana verschwinden, indem er statt unter T unter G abgelegt wird.

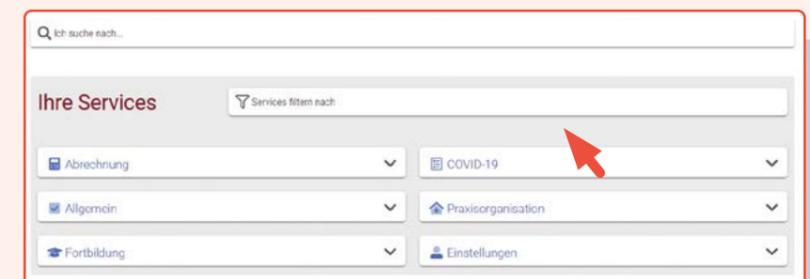


## Das runde Stück

Musste früher die geleistete Arbeitszeit händisch anhand der auf der Stempelkarte aufgestempelten Uhrzeiten ausgerechnet werden, geht das heute vollautomatisch. Unsere Mitarbeitenden halten nur noch ihren „Legic“ vor das Terminal, und schon fließen die Stempelzeiten in ATOSS ein. Zudem dient das runde Stück als Türöffner, zum Drucken und in der Stuttgarter Kantine als Zahlungsmittel.

## Von Papier zum Portal

Ein weiterer Schritt Richtung Digitalisierung: Mittlerweile können Mitglieder ihre Anträge zu genehmigungspflichtigen Leistungen auch online ausfüllen und müssen diese nicht mehr in Papierform an die KVBW schicken. Diese Funktion steht im Mitgliederportal zur Verfügung – wie auch weitere digitale Verfahren, zum Beispiel die Mitgliederrückmeldung, um Korrekturhinweise zur Abrechnung einzureichen.



# Von Wortungetümen und neuen Berufsgruppen

Daten und Fakten zum Gesundheitswesen, die erstaunen und ein bisschen verzweifeln lassen

## Monsternamen von Gesetzen

Es gibt Gesetze, die kennt jeder, auch ohne Jurastudium. Doch die Notwendigkeit, den Gesetzesinhalt möglichst klar zu benennen und jede Verwechslung mit einem anderen Gesetz zu vermeiden, erzwingt manchmal etwas längere Gesetzesbezeichnungen. Beispiele gefällig?



Arzneimittel-Lieferengpass-bekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG)

Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG)

Gesetz zum Zuständigkeitenübergang im Gesundheitswesen (GeswZustÜbergG)

Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung (MedBVSV)

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

## Entwicklung Arztzahlen (in 1.000):

JAHR	BERUFSTÄTIGE ÄRZTE	OHNE ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT
1990	237,7	51,3
2000	294,7	74,6
2010	333,6	105,5
2015	371,3	114,5
2020	409,1	127,8
2023	428,5	140,3

Quelle: Anzahl der Ärzte in Deutschland bis 2023 | Statista



„Mehr als 61 Tage pro Jahr muss jede Praxis im Durchschnitt für ‚Papierkram‘ aufwenden, die häufigen Unterbrechungen des Praxisablaufs durch IT-Zusammenbrüche nicht mitgerechnet.“

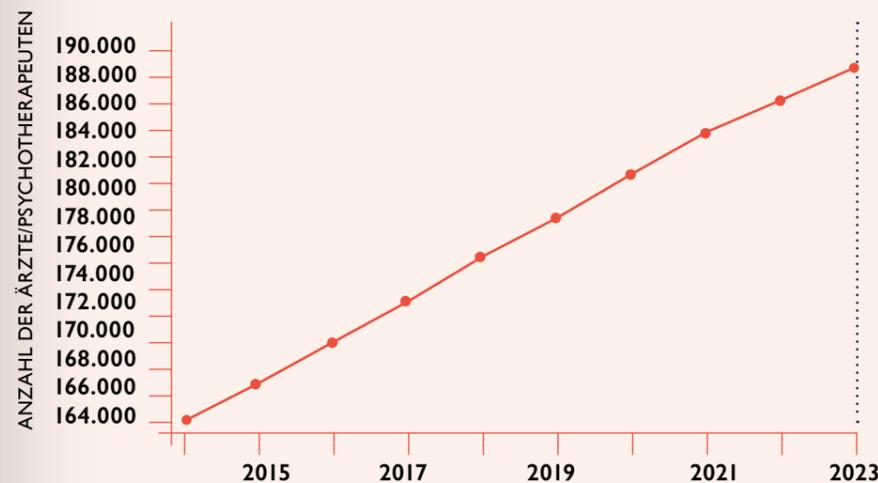
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), Vorstandsvorsitzender Dr. Dominik von Stillfried



Fast 100.000 fach-, hausärztliche und psychotherapeutische Praxen in Deutschland verbuchen jährlich 1 Mrd. Arzt-Patienten-Kontakte

Quelle: KBV

## Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

## Gesamtzahl der Medizinstudierenden

JAHR	MÄNNER	FRAUEN
1975	30.801	12.567 (29%)
1985	48.178	35.885 (43%)
1995	44.992	39.966 (47%)
2000	37.440	42.760 (53%)
2010	31.182	49.392 (61%)
2015	35.360	54.638 (61%)
2020	37.451	64.261 (63%)
2023	40.139	73.244 (65%)

Quelle: Studierende im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht – Statistisches Bundesamt

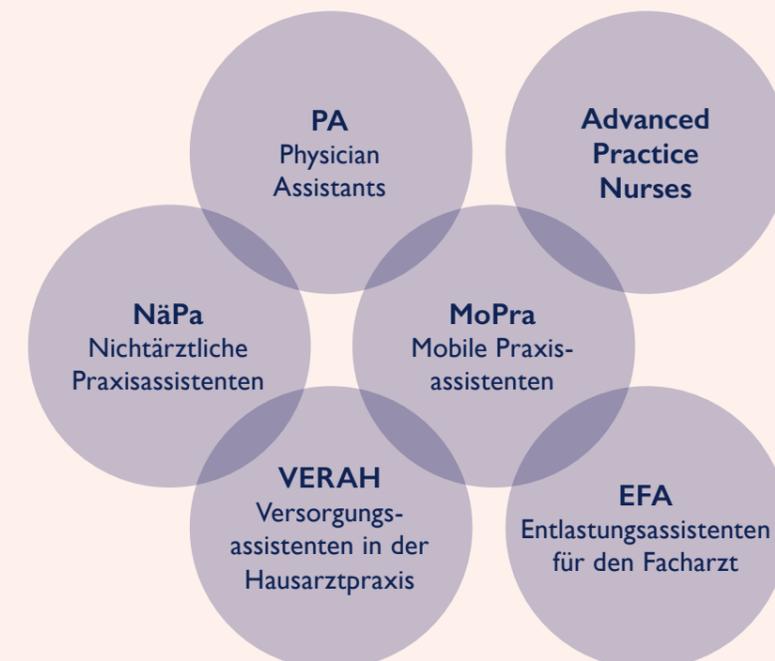
Im Jahr 1900 wurde Frauen im Großherzogtum Baden rückwirkend die Immatrikulation an den beiden Universitäten des Landes, in Freiburg und Heidelberg, gestattet. Damit war Baden Vorreiter für die Zulassung von Frauen zum Studium in Deutschland.

## Entwicklung Praxispersonal

Früher gab es die Arzthelferin. Heute gibt es nicht nur

- Medizinische Fachangestellte,
- Praxismanager,
- angestellte Ärztinnen und Ärzte,

sondern auch neue Berufsfelder. Hier einige Beispiele:



# Integriert und anerkannt

Die Psychotherapie ist heute ein fester Bestandteil der ambulanten Versorgung. Doch ins KV-System kamen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erst 1999. Was anfangs mit Skepsis betrachtet wurde, hat sich längst zum Erfolgsmodell entwickelt.

Es ist selten, dass eine Berufsgruppe durch ein neues Gesetz so nachhaltig gestärkt wird wie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) zum 1. Januar 1999. Durch dieses Gesetz wurden Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten als eigenständiger approbierter Heilberuf anerkannt – gleichrangig mit Ärzten, Zahnärzten und Apothekern – und erhielten erstmals die Möglichkeit, direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen.



Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Alessandro Cavicchioli

Zuvor war ihre Tätigkeit in der GKV nur über das sogenannte Delegationsverfahren möglich: Psychotherapeuten durften nur dann zulasten der Krankenkassen behandeln, wenn sie ein anerkanntes Therapieverfahren beherrschten und ein Arzt sie formal beauftragte. Heute folgt auf das Studium und die Approbation eine fünfjährige Aus- und Weiterbildung in einem der vier anerkannten Richtlinienverfahren analog zur Facharztausbildung.

Fünf der 50 Sitze in der VV der KV Baden-Württemberg wurden mit dem neuen Gesetz für die Psychotherapeutenchaft reserviert. Neben Cavicchioli vertreten Dr. Peter Baumgartner, Ulrike Böker, Martina Gempp und Dr. Daniel Weimer die Interessen der Berufsgruppe. Sie verfügen über ein festes Quorum – ein Privileg, das keine andere Arztgruppe hat. „Kaum ein Gesetz hat so viel für die Behandlung psychischer Erkrankungen bewirkt wie das PsychThG“, findet Cavicchioli.

Die Integration verlief nicht ohne Reibung. „Wir mussten erklären, wie wir arbeiten – dass eine Sitzung 50 Minuten dauert, wir keine Gerätemedizin betreiben und deutlich weniger Scheine pro Quartal haben“, berichtet Ulrike Böker aus Reutlingen. Doch es gelang, gegenseitiges Verständnis zu schaffen. Der Beratende Fachausschuss für Psychotherapie diente sogar als Vorbild für weitere Fachausschüsse, etwa den für Hausärzte.

„Kaum ein Gesetz hat so viel für die Behandlung psychischer Erkrankungen bewirkt wie das PsychThG.“

Die Aufnahme in das KV-System bedeutete nicht nur eine neue berufliche Freiheit, sondern auch eine erhebliche strukturelle Veränderung für die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Reaktionen unter den Ärzten waren gemischt. „Die Ärzte konnten uns nicht einordnen, sie hatten keine genaue Vorstellung von unserem Studium. Und es gab auch Ängste, ob genug Geld da ist“, erinnert sich Dr. Alessandro Cavicchioli aus Schwäbisch Hall, Mitglied der Vertreterversammlung.



Dipl.-Psych. Martina Gempp

„Wir sind im KV-System angekommen und arbeiten auf Augenhöhe zusammen.“



Dipl.-Psych. Ulrike Böker

„Die Dringlichkeit von Therapieanfragen zu bewerten, bleibt eine Herausforderung.“

Inzwischen ist die Zusammenarbeit in den Gremien von gegenseitigem Respekt geprägt. „Wir sind im KV-System angekommen und arbeiten auf Augenhöhe zusammen“, sagt Martina Gempp. Die psychotherapeutische Expertise sei anerkannt und werde geschätzt.

Auch wirtschaftlich hat sich vieles verbessert. Das sogenannte „10-Pfennig-Urteil“ von 1999 stellte sicher, dass psychotherapeutische Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet wurden. Die Reform der Psychotherapie-Richtlinien im Jahr 2017 brachte unter anderem eine gut vergütete psychotherapeutische Sprechstunde. „Die Einkommenssituation hat sich verbessert und ist heute für junge Kolleginnen und Kollegen kein problematisches Thema mehr“, sagt Dr. Peter Baumgartner. Freie Kassensitze sind begehrt, die Niederlassung attraktiv – nicht zuletzt, weil sich die Selbstständigkeit mit eigener Praxis gut mit dem Familienleben vereinbaren lässt.

Der Bedarf an Psychotherapie ist in den vergangenen Jahren massiv gestiegen – auch durch eine gesellschaftliche Enttabuisierung psychischer Erkrankungen. Nicht immer führt das direkt in eine Therapie. „Manchmal helfen auch andere Maßnahmen“, so Baumgartner. Doch wer bekommt den freien Therapieplatz – die Mutter mit drei kleinen Kindern oder der Patient mit akuter Symptomatik? „Die Dringlichkeit zu bewerten, bleibt eine Herausforderung“, sagt Böker.

Sorgen macht der Berufsgruppe vor allem die ungelöste Finanzierung der Weiterbildung. „Hier braucht es endlich gesetzliche Regelungen“, fordert Dr. Daniel Weimer. Im Gegensatz zur ärztlichen Weiterbildung gibt es bislang keine Förderung, was viele Praxen an der Ausbildung von Nachwuchs hindert.

Auch der Ausbau kindgerechter psychotherapeutischer Angebote steht weit oben auf der Agenda. „Wir



Dr. phil. Dipl.-Psych. Daniel Weimer

„Für die Finanzierung der Weiterbildung brauchen wir endlich gesetzliche Regelungen.“

brauchen mehr maßgeschneiderte Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche“, so Cavicchioli.

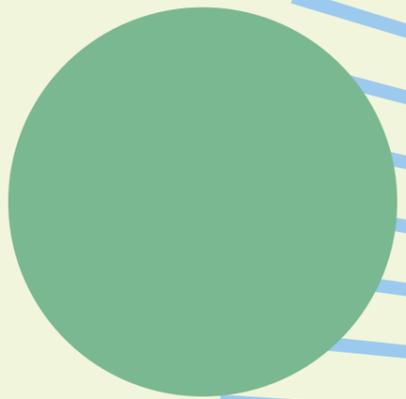
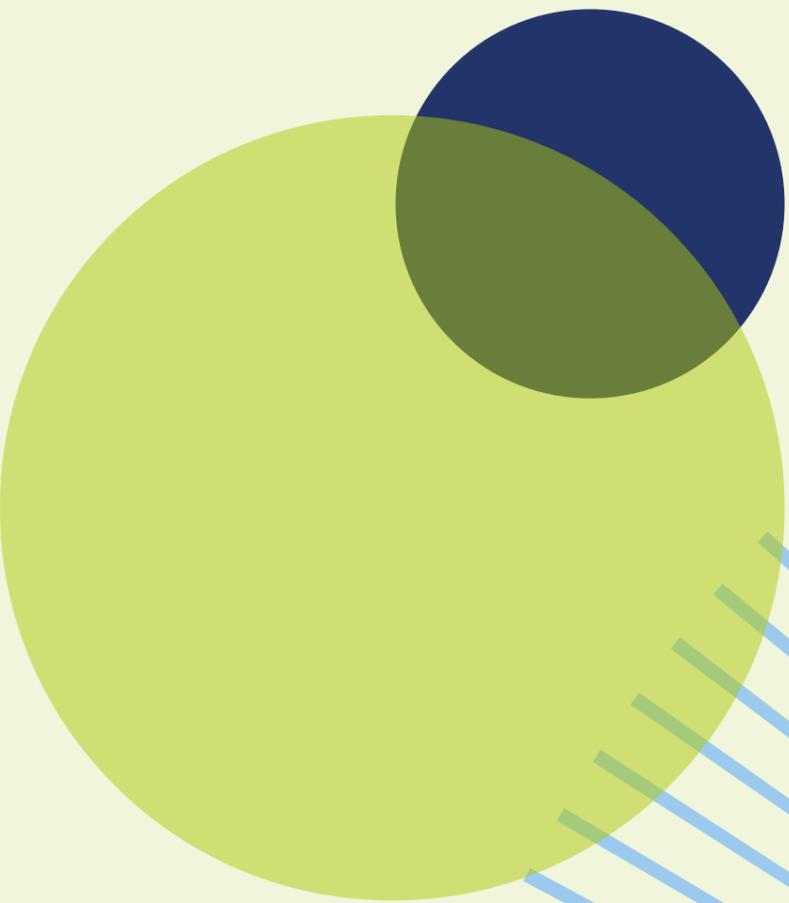
„Und dann ist da noch das leidige Thema Bürokratie, etwa bei der Beantragung der Kombinationstherapie Gruppe/Einzel bei verschiedenen Therapeutinnen und Therapeuten“, kritisiert Gempp. „Dies ist aufwendig und kompliziert und führt leider dazu, dass dieser inhaltlich sehr sinnvolle Ansatz bisher nur selten umgesetzt wird.“

Die Aufnahme der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in das KV-System war ein Meilenstein für die ambulante Versorgung. Aus der anfangs skeptisch beäugten Gruppe ist ein fester Bestandteil des Systems geworden – fachlich etabliert, politisch präsent und kollegial integriert. Die Fünfferrunde ist sich einig: „Unsere Integration ins KV-System ist eine Erfolgsgeschichte, die noch lange nicht zu Ende ist.“ ✨

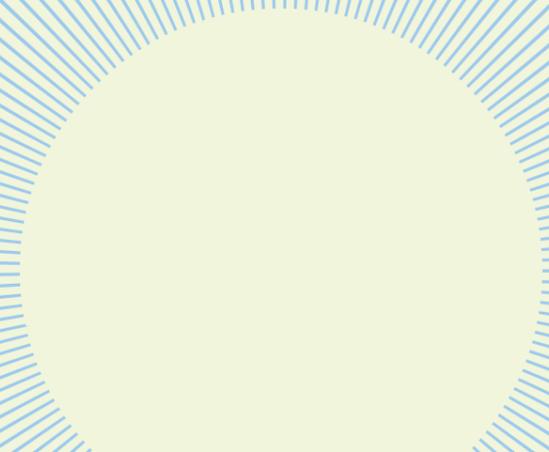
„Die Einkommenssituation hat sich verbessert und ist für junge Kolleginnen und Kollegen kein Thema mehr.“



Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Peter Baumgartner



Heute





Die Gründung eines genossenschaftlichen MVZ mit Anstellungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte verbesserte die hausärztliche Versorgung.

## Hausärztemangel gemeistert

Wie die KVBW durch eine erfolgreiche Kooperation und vielfältige Maßnahmen die ambulante Versorgung im Schwäbischen Wald (Ostalbkreis) verbesserte.

Im Oktober 2022 war die hausärztliche Versorgung im Schwäbischen Wald auf einem Tiefpunkt angelangt: Auf knapp 35.000 Einwohner in dem ländlichen Gebiet rund um Aalen kamen gerade noch zwölf Hausärztinnen und -ärzte bei einem Versorgungsgrad von 48,6 Prozent. Der Ärztemangel hatte sich manifestiert, der Planungsbereich war offiziell unterversorgt.

Damit war wahr geworden, wovor die KVBW seit Jahren gewarnt hatte: die Feststellung der Unter-versorgung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der dreimal im Jahr tagt, um den Stand der Bedarfsplanung festzulegen. 2022 war nicht nur der Schwäbische Wald gefährdet: 19 weitere hausärztliche Mittelbereiche in Baden-

Württemberg lagen damals rechnerisch unter einem Versorgungsgrad von 85 Prozent.

Doch schon ein Jahr später hatte sich die Situation wieder verbessert. Während zum 1. März 2023 nur zwölf Hausärztinnen und Hausärzte niedergelassen waren, gab es ein Quartal später 13 und zum Oktober 2023 bereits 16. Vier Ärzte konnten durch Anstellung dazugewonnen werden. Der Versorgungsgrad erreichte 68 Prozent und kletterte im Verlauf des Jahres 2024 auf 75 Prozent. Innerhalb von zwei Jahren eine Steigerung von gut 10 Prozent. Was für ein Erfolg!

„Der Schwäbische Wald ist ein Musterbeispiel, wie durch eine gute Zusammenarbeit zwischen der

KVBW, den Kommunen, dem Landratsamt sowie den Ärztinnen und Ärzten vor Ort die hausärztliche Versorgung wieder verbessert werden konnte“, freuen sich die KVBW-Vorstände Dr. Karsten Braun und Dr. Doris Reinhardt. Maßgeblichen Anteil an diesem Erfolg hat das Team „Versorgungsentwicklung und Kommunalservice“ aus dem Geschäftsbereich Zulassung und Sicherstellung, das in solchen Situationen Landratsämter, Stadt- und Ortsverwaltungen berät und unterstützt. So stellte der Kommunalservice dem Landkreis umfangreiche Analysen und Datenaufbereitungen zur Verfügung und sorgte für eine Vernetzung sowie den Austausch der Akteure vor Ort. Zudem wurden die Motive für die Ansiedlungsgründe der Hausärzte nach Feststellung der Unterversorgung evaluiert, um daraus gezielte Unterstützungsansätze abzuleiten.

Auch bei der Gründung von kommunalen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) leistet der Kommunalservice wertvolle Hilfe. Auf Initiative des Landratsamtes Ostalbkreis und den Ärzteschaften in Aalen sowie Schwäbisch Gmünd wurde ein genossenschaftliches MVZ gegründet, das Anstellungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte anbietet. Insgesamt zwölf Gemeinden und acht Ärztinnen und Ärzte schlossen sich zu MEDWALD zusammen.

Eine weitere wichtige Maßnahme war die Gründung eines allgemeinmedizinischen Weiterbildungsverbundes, der für einen reibungslosen Übergang der Ärzte in Weiterbildung vom stationären in den ambulanten Bereich sorgt. Wenn solche Übergänge problemlos klappen, erhöht das auch die Chancen, dass künftige Allgemeinmediziner in der Region und oft auch in der Hausarztpraxis bleiben, in der sie bereits während der Weiterbildung tätig waren. Weiterbildungsverbünde leisten damit einen wertvollen Beitrag zur Nachwuchsgewinnung.

Nicht zuletzt gab es für den Schwäbischen Wald zahlreiche finanzielle Unterstützungen für Niedergelassene, Anstellungen, Praxispersonal und Weiterbildung. Mit einer offiziell festgestellten Unterversorgung treten bestimmte gesetzliche Regelungen in Kraft, von denen die verbliebenen Praxen profitieren. So erhalten diese einen Sicherstellungszuschlag für die Versorgung zusätzlicher Patientinnen und Patienten und sind vollständig von Budgetierungsmaßnahmen ausgenommen. Dies gilt auch für Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Arznei- und Heilmitteln.

Zudem erhalten die Praxen in solchen Gebieten finanzielle Unterstützung durch die Förderrichtlinie des Programms „Ziel und Zukunft“ (ZuZ), die weiterentwickelt wurde. So gibt es unter anderem Zuschüsse für Zweigpraxen oder Nebenbetriebsstätten, Fördermittel für die Übergangszeit von Ärzten in Weiterbildung bis zum Fachgespräch, Unterstützung für Mentoring-Programme sowie Kostenübernahmen für MAK-Fortbildungen und die Weiterbildung Nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPa).

Die Richtlinie sieht auch vor, dass schon in drohend unterversorgten Gebieten Ärztinnen und Ärzte für Praxisgründungen und -übernahmen von Einzelpraxen oder Kooperationen sowie für ärztliche Anstellungen eine finanzielle Unterstützung erhalten. Gefördert wird unter anderem auch die Beschäftigung eines Arztes zur Hospitation und ein Wahltertial des hausärztlichen Praktischen Jahres. Die monatlichen Fördergelder für die Beschäftigung von Ärzten in Weiterbildung wurden von 5.400 Euro auf 5.800 Euro erhöht, bei Teilzeistellen entsprechend anteilig.

„Ein Musterbeispiel für die gute Zusammenarbeit zwischen KVBW und den Beteiligten vor Ort“



Dr. Doris Reinhardt, stv. Vorsitzende

Mit einem Versorgungsgrad von 75,1 Prozent liegt der Wert im Schwäbischen Wald nun knapp, genau 0,1 Prozent, über dem vorgeschriebenen Schwellenwert für eine rechnerische Unterversorgung. Entwarnung wäre möglich, doch davon rät die KVBW ab. „Unsere Empfehlung an den Landesausschuss ist, die Unterversorgung vorläufig noch nicht aufzuheben, denn dafür muss sich die Situation noch weiter verbessern und stabilisieren“, erklärt Reinhardt.

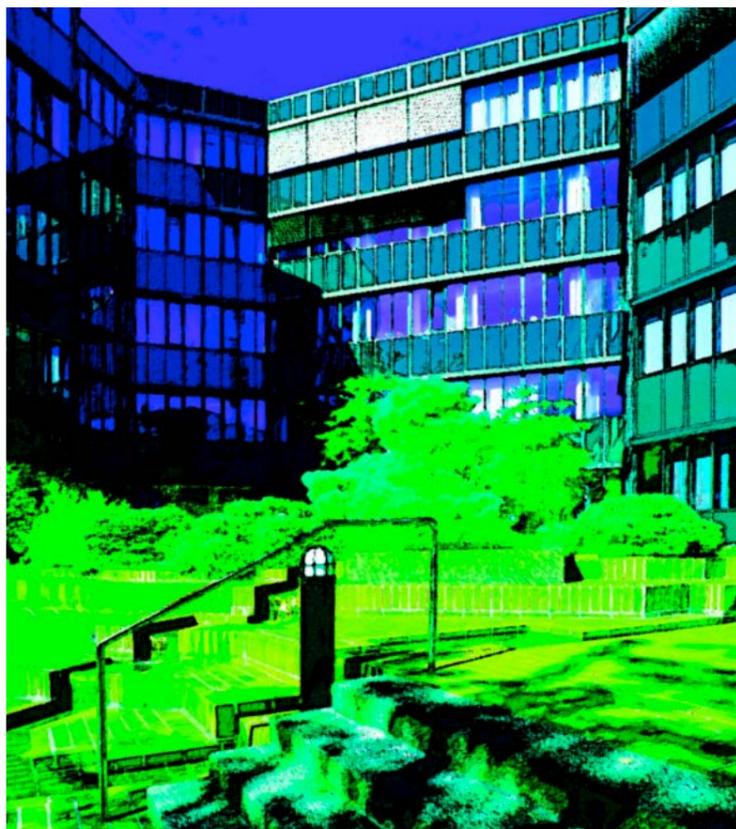
Für das Team „Versorgungsentwicklung und Kommunalservice“ bleibt also genug zu tun, zumal es inzwischen weitere unterversorgte Gebiete gibt. Im Landkreis Schwäbisch Hall fehlt es an Hautärztinnen und Hautärzten, in der Region Nordschwarzwald an ärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychiatern. Für die Niederlassung zu werben und junge Ärztinnen und Ärzte für den ambulanten Sektor zu begeistern, bleibt ein zentrales Anliegen der KVBW. Reinhardt: „Dabei setzen wir auch künftig auf eine gute Kooperation zwischen allen Beteiligten.“ ✿

Mit solchen Plakaten machen Orte wie Fachsen auf die Notlage aufmerksam.



# Weder Behörde noch Unternehmen

Was ist die KVBW – Behörde, Unternehmen, Interessenvertretung? Nichts davon trifft es ganz. Als Körperschaft agiert sie im Spannungsfeld zwischen hoheitlicher Aufgabe und Dienstleistungsverständnis.



Das Selbstverständnis der KVBW hat sich in den vergangenen Jahrzehnten gewandelt. Wie wandlungsfähig ein Gebäude sein kann, zeigen diese künstlerischen Fotografien, die auch in einigen Besprechungszimmern in Stuttgart hängen.

Wie könnte man das Selbstverständnis einer Körperschaft des öffentlichen Rechts wie der KVBW beschreiben? Gar nicht so einfach. Zunächst einmal hat die KVBW einen gesetzlichen Auftrag – den Sicherstellungsauftrag. Er ist der zentrale Grund für ihre Existenz: von der Abrechnung der Leistungen bis zur Organisation der Zulassungsausschüsse. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts darf die KVBW nur im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages handeln. Das unterscheidet sie grundlegend von einem Unternehmen. Ein Unternehmen handelt im Interesse seiner Eigentümer, ist gewinnorientiert, verkauft Produkte oder Dienstleistungen – und hat Kunden, die sich freiwillig für das Angebot entscheiden.

Die KVBW hingegen hat Pflichtmitglieder, gegenüber denen sie auch restriktive Maßnahmen ergreifen muss. Sie ist gesetzlich verpflichtet, Vergütungen zu kürzen, Regressforderungen einzuziehen und darauf zu achten, dass die Mitglieder die vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Vorgaben einhalten.

Ein Unternehmen würde sich gegenüber seinen Kunden niemals so verhalten. Die KVBW entspricht also eher dem Profil einer Behörde. Doch es gibt keine Beamten und die KVBW ist nicht unmittelbar weisungsgebunden. Es besteht nur eine Rechtsaufsicht durch das Sozialministerium. Die KVBW ist Teil der ärztlichen Selbstverwaltung mit einer Vertreterversammlung, die den Vorstand wählt.

Immer wieder wird die KVBW auch mit einem Verband verglichen, da sie auch eine Interessenvertretung ist. Das gehört zu ihrem gesetzlichen Auftrag, aber ein Verband im eigentlichen Sinne ist sie nicht.

„Dienstleister der ersten Wahl“ – so definierte sich die KVBW nach der Fusion. Ein Leitbild, das auf den ersten Blick schwer mit der behördlichen Rolle vereinbar scheint. Eine Zwitterstellung wird hier deutlich. Auf der einen Seite muss die KV wie eine Behörde agieren, auf der anderen Seite ist sie Dienst-



leister für ihre Mitglieder. Wie geht das zusammen? Die KVBW nutzt die Vorteile ihres besonderen Status gezielt, um ihre Aufgaben nachhaltig und zukunftsorientiert zu erfüllen. Anders als ein Wirtschaftsunternehmen ist sie keinem kurzfristigen Wettbewerbs- oder Renditedruck ausgesetzt. Das schafft Stabilität, Verlässlichkeit und Raum für vorausschauende Planung. Die Pflichtmitgliedschaft sorgt für Kontinuität, erlaubt aber auch eine konsequente Ausrichtung an den tatsächlichen Bedürfnissen der Versorgung. Anstatt sich auf diesem gesicherten Fundament auszuruhen, setzt die KVBW bewusst auf Innovation und Weiterentwicklung – aus Überzeugung, nicht aus Zwang.

Doch das entspricht nicht dem Selbstverständnis und dem Anspruch der KVBW. Sie setzt sich freiwillig unter Wettbewerbsdruck und verbindet diesen mit dem Vorteil des Status als Körperschaft. Dazu gehört, dass sie sich nicht nach Quartalszahlen gegenüber Investoren ausrichten muss. Sie kann stabiler und langfristiger planen.

Das Aufgabenspektrum hat sich in den vergangenen Jahren stark ausgeweitet. Gab es früher immer wieder mal Diskussionen, ob KVen überhaupt erforderlich sind, wurden sie während der Pandemie als systemrelevant bezeichnet. Immer wieder kommen neue Aufgaben hinzu: Heute müssen die KVen beispielsweise Terminalservicestellen betreiben. Die KVBW wird immer mehr Beteiligte im Prozess zwischen Arzt/Psychotherapeut und Patient. Die Anforderungen seitens der Mitglieder steigen. Die Mischung zwischen behördlich-hoheitlicher Tätigkeit und klassischer Dienstleistung wird immer enger. Es gibt zudem Teilbereiche, in denen die KV durchaus mit dem freien Markt konkurrieren muss, etwa bei der

Abrechnung nach §115f SGB V Hybrid-DRG. Die Ärzte können sich aussuchen, ob sie mit der KVBW abrechnen oder mit privaten Dienstleistern.

Vor diesem Hintergrund hat sich die KVBW verpflichtet, den Servicegedanken konsequent zu leben – in allen Bereichen. Ziel ist, den Mitgliedern Orientierung zu geben, Prozesse zu erleichtern und sie durch die komplexen Strukturen des Gesundheitswesens zu leiten. Die Mitglieder profitieren von der hohen Systemkenntnis der KV-Mitarbeitenden, durch die viele Wendungen des Gesetzgebers so abgedeckt werden können, dass sie für die Mitglieder noch handhabbar sind.

Gelingt das? Verhältnismäßig gut. Bei der letzten Mitgliederumfrage gab es gute Noten. Trotz Pflichtmitgliedschaft gaben nur wenige Mitglieder an, dass sie im Falle einer Freiwilligkeit austreten würden.

Wie geht es weiter? Wenn es Schwierigkeiten im System gibt, hat der Gesetzgeber sich immer daran erinnert, dass es Kassenärztliche Vereinigungen mit einer funktionierenden Struktur und eingespielten, leistungsfähigen Prozessen gibt. Ohne KVen würde unser Gesundheitswesen nicht funktionieren. Die Politik beschneidet die Freiheit der Selbstverwaltung jedoch immer mehr, zum Beispiel durch konkrete SGB-Vorgaben. Angesichts der wachsenden Probleme im Gesundheitswesen wird die Bedeutung der KVen wachsen. Weniger Einmischung, mehr Vertrauen und Beteiligung wären angemessen – denn die Selbstverwaltung kann vieles besser und kompetenter regeln als andere. Dies auch im guten Zusammenspiel mit den ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsverbänden, die wesentlich freier als eine Körperschaft ihre Meinung äußern können. ✨

## Für Sie aktiv: Die Vertreterversammlung zählt 50



Dr. rer. soc. Dipl.-Psych.  
Baumgartner, Peter  
Psychol. Psychotherapie



Dipl.-Psych. Böker,  
Ulrike  
Psychol. Psychotherapie



Dr. med. Börner, Carolin  
Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe



Dr. med.  
Bublitz, Susanne  
Allgemeinmedizin



Prof. Dr. med.  
Buhlinger-Göppel,  
Nicola  
Allgemeinmedizin



Dr. rer. soc. Dipl.-Psych.  
Cavicchioli, Alessandro  
Kinder- und Jugendlichen-  
Psychotherapie, Psychol.  
Psychotherapie



Common, Markus  
Praktischer Arzt



Dr. med.  
Dormann, Anne  
Psychosom. Medizin/  
Psychotherapie



Dr. med.  
Eckstein, Michael  
Innere Medizin (h)



Dr. med. Eissler, Birgit  
Kinder- und Jugendmedizin



Dr. med. Dipl.-Phys.  
Eissler, Manfred  
Allgemeinmedizin



Prof. Dr. med.  
Faist, Michael  
Neurologie



Dr. med.  
Fehr, Folkert  
Kinder- und  
Jugendmedizin



Dr. med.  
Fischer, Norbert  
Allgemeinmedizin



Dr. med.  
Fischer, Susanne  
Innere Medizin (h)



Dr. med.  
Flechtenmacher, Johannes  
Orthopädie



Dr. med. Freßle, Roland  
Kinder- und  
Jugendmedizin



Dipl.-Psych.  
Gempp, Martina  
Psychologische  
Psychotherapie



Dr. med. Grashoff, Bärbel  
Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe



Haist, Markus  
Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe



Dr. med.  
Hetzer-Baumann,  
Cathérine  
Allgemeinmedizin



Dr. med.  
Hoyer, Thomas  
Innere Medizin (h)



Dr. med. Hug, Thomas  
Psychiatrie und  
Psychotherapie



Dr. med. de Jager, Uwe  
Orthopädie



Dr. med. Kauth, Thomas  
Kinderheilkunde

## Delegierte. Sie bestimmen den Kurs der KVBW.



Dr. med. Klett, Markus  
Allgemeinmedizin



Dr. med. Kölblin, Dirk  
Allgemeinmedizin



Dr. med.  
de Laporte, Jürgen  
Innere Medizin (h)



Dr. med.  
Lembeck, Burkhard  
Orthopädie



Leutzbach, Stefan  
Diagnostische Radiologie



Prof. Dr. med.  
Linhart, Wolfgang  
Orthopädie und  
Unfallchirurgie



Prof. Dr. med.  
Lippert, Burkard  
Hals-Nasen-Ohren-  
Heilkunde



Ottmüller, Sylvia  
Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe



Dr. med.  
Radlmayr, Anton  
Orthopädie und  
Unfallchirurgie



Dr. med. Dipl.-Psych.  
Rothe-Kirchberger, Ingrid  
Psychosom. Medizin/  
Psychotherapie



Dr. med. Salzer, Bernd  
Haut- und Geschlechts-  
krankheiten



Dr. med.  
Saueressig, Ulrich  
Diagnostische Radiologie



Dr. med. Schäfers, Anja  
Haut- und Geschlechts-  
krankheiten



Dr. med. Schwenke, Reto  
Allgemeinmedizin



Dr. med. Seifried, Carmen  
Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe



Dr. med. Shih, Ullrich  
Haut- und Geschlechts-  
krankheiten



Dr. med. Smetak, Norbert  
Innere Medizin (f)



Steuber, Christian  
Kinder- und Jugendmedizin



Dr. med. Stiasny, Rolf  
Augenheilkunde



Dr. med. Stütz, Alexander  
Allgemeinmedizin



Dr.-medic/IMF  
Klausenburg Szabo,  
Matthias  
Chirurgie



Dr. med. Gräfin Vitzthum  
von Eckstädt, Anne  
Allgemeinmedizin



Dr. med.  
Wecker, Dorothee  
Allgemeinmedizin



Dr. med.  
Weber, Lutz Andreas  
Allgemeinmedizin



Dr. phil. Dipl.-Psych.  
Weimer, Daniel  
Psychol. Psychotherapie

# In eigener Hand

Herzstück der Selbstverwaltung ist die Vertreterversammlung, oberstes Beschlussorgan, das Kurs und Richtung bestimmt. Eine Besonderheit der KVBW sind die vier Bezirksbeiräte.

## BEZIRKSBEIRAT STUTT GART

Dr. Jochen Dürr (Sprecher Bezirksbeirat)  
 Dr. Stephan Roder (stellv. Sprecher Bezirksbeirat)  
 Dr. rer.soc. Dipl.-Psych. Alessandro Cavicchioli  
 Dr. Anne Gräfin Vitzthum von Eckstädt  
 Dr. Wolfgang Miller

## BEZIRKSBEIRAT KARLSRUHE

Dr. Andreas Horn (Sprecher Bezirksbeirat)  
 Marianne Difflipp-Eppele  
 Martin Holzapfel  
 Dr. Benjamin Khan Durani  
 Dr. phil. Dipl.-Psych. Daniel Weimer

## BEZIRKSBEIRAT REUTLINGEN

Dipl.-Psych. Ulrike Böker (Sprecherin Bezirksbeirat)  
 Dr. Dipl.-Phys. Manfred Eissler (stellv. Sprecher Bezirksbeirat)  
 Dr. Bärbel Grashoff  
 Dr. Sylvia Wagner  
 Holger Woehrle

## BEZIRKSBEIRAT FREIBURG

Prof. Dr. Michael Faist (Sprecher Bezirksbeirat)  
 Dr. rer. soc. Peter Baumgartner (stellv. Sprecher Bezirksbeirat)  
 Dr. Barbara Bohl  
 Dr. Carmen Seifried  
 Dr. Gisa Weißgerber

### VERTRETER-VERSAMMLUNG



VV-VORSITZENDER:  
 Dr. Thomas Heyer



STV. VV-VORSITZENDE:  
 Dr. Anne Gräfin Vitzthum von Eckstädt



ZWEITER STV. VV-VORSITZENDER:  
 Markus Haist

### BERATENDE FACHAUSSCHÜSSE

HAUSÄRZTE

FACHÄRZTE

PSYCHOTHERAPEUTEN

ANGESTELLTE ÄRZTE

UND WEITERE VON DER VERTRETERVERSAMMLUNG GEWÄHLTE AUSSCHÜSSE

Gemeinsam mit den Delegierten beraten sie den Vorstand und die Geschäftsführung. Auch die Fachausschüsse haben eine beratende Funktion.



VORSTANDSVORSITZENDER  
 Dr. Karsten Braun, LL. M.



STV. VORSTANDSVORSITZENDE  
 Dr. Doris Reinhardt

Stabsbereich  
 KOMMUNIKATION

RECHTSBEREICH

DATENSCHUTZ-  
 BEAUFTRAGTE

Geschäftsbereich  
 NOTFALLDIENST & NEUE  
 VERSORGUNGSFORMEN

Geschäftsbereich  
 ZULASSUNG /  
 SICHERSTELLUNG

Stabsstelle  
 INTERNE REVISION



GESCHÄFTSFÜHRERIN I  
 Susanne Lilie



GESCHÄFTSFÜHRER II  
 Falk Lingen

Geschäftsbereich  
 ABRECHNUNG

REFERAT POLITIK UND  
 GRUNDSATZFRAGEN

Geschäftsbereich  
 FINANZWESEN

Geschäftsbereich  
 DIGITALISIERUNG &  
 INFORMATIONSTECHNOLOGIE

Geschäftsbereich  
 QUALITÄTSSICHERUNG  
 VERORDNUNGSMANAGEMENT

Geschäftsbereich  
 SERVICE & BERATUNG

Bereich  
 INTERNE DIENSTE

Geschäftsbereich  
 PERSONALWESEN

Geschäftsbereich  
 VERTRAGSWESEN

Stabsbereich  
 UNTERNEHMENSENT-  
 WICKLUNG & GOVERNANCE

Stabsstelle  
 GESUNDHEIT, ARBEITS-  
 SICHERHEIT UND -MEDIZIN

## Mit 97 noch im Dienst

Dr. Helmut Bergdolt, 97, Internist und Radiologe aus Wiesloch, hat vor über 70 Jahren seine Approbation bekommen. Kaum ein anderer Arzt blickt auf eine solch lange Berufstätigkeit zurück.



Alles begann mit Schweiß und Muskelkraft. Stein für Stein baute er das Anatomieinstitut mit eigenen Händen auf. Nach dem Krieg, als alles zerbombt war, gab es kein Studium ohne Aufbauarbeit. Also hieß es: erst mauern, dann präparieren. 100 Stunden Maurerarbeiten pro Semester mussten geleistet werden. 50 Gramm Fleisch, genauso viel Brot und Fett, das musste reichen als Verpflegung. Doch Bergdolt kam mit jedem Stein seinem Traum näher. Und Hungern war er als Kriegskind gewohnt.

**„Vertrauen schafft auch Verantwortung. Wenn Menschen so an einem hängen, hat man auch eine Verantwortung, sich um sie zu kümmern.“**

Ein Blick zurück ins letzte Kriegsjahr: morgens von acht bis zwölf Uhr Schulunterricht, abends Dienst an der Flugabwehrkanone (Flak). Bergdolt wird mit 15 Jahren gegen Ende des Krieges eingezogen, soll die BASF schützen. Schließlich kommt er in Kriegsgefangenschaft, kehrt halb verhungert mit nur 40 Kilogramm Körpergewicht zurück.

Unglaublich schwierig war es 1947, schildert Bergdolt, einen Medizinstudienplatz zu bekommen. Der Wunsch, Menschen zu helfen, war stets das, was ihn antrieb, doch es ging auch nach dem Studium mühselig weiter: „Ich habe nach dem Examen sieben Jahre lang unbezahlt oder schlecht bezahlt gearbeitet. Verdienste oder materielle Vorteile gab es nicht. Nachts

machte ich Gutachten, um leben zu können.“ Es folgten ein Jahr Arbeit im Hospital, jede Nacht und jedes zweite Wochenende Dienst, jeden Morgen eine OP, mittags Arbeit auf der Station. Über 300 Geburten betreute er in einem Jahr. 1961 kann er schließlich eine eigene Praxis eröffnen. Seitdem arbeitet er als Hausarzt für die Menschen, die ihm ans Herz gewachsen sind: die Bürgerinnen und Bürger von Wiesloch. Manche von ihnen begleitet er schon ihr ganzes Leben lang.

Wenn ein Arzt zusammen mit zehn Metzgern auf Reisen geht, kann es nur um eines gehen: um die Wurst. Als junger Allgemeinmediziner hatte sich Bergdolt der Prävention verschrieben. Er gründete eine Herzsportgruppe, als der medizinische Rat nach einem Herzinfarkt noch Erholung war und nicht Bewegung. Dafür wurde er aus Fachkreisen ziemlich angefeindet. Doch die wissenschaftliche Begleitung ergab: Das Risiko für einen Herzinfarkt sinkt um 20 Prozent. Bergdolt wollte daher in den 1970er Jahren etwas tun, damit es gar nicht erst zu Bluthochdruck, Übergewicht und Herzinfarkt kommt. Deshalb die Wurst. „Die Wieslocher Metzger und ich sind nach Oberaudorf am Inn gefahren und haben ein Wochenende lang gelernt, fettarme Wurst zu machen.“

Ein Arbeitstag des Mediziners dauerte nicht selten von morgens sieben bis abends elf Uhr, denn zu Praxis und Hausbesuchen kamen noch die Arbeit im Gemeinderat und ein Engagement im örtlichen Kunstkreis. „Meine Arbeit ist Lebensfreude, keine Belastung. Heute sagt man oft, man muss arbeiten. Ich darf arbeiten und das freut mich!“ Ganze Familien begleitete er über Jahrzehnte, war zu allen Tages- und Nachtzeiten für sie da. „Vertrauen schafft auch Verantwortung. Wenn Menschen so an einem hängen, hat man auch eine Verantwortung, sich um sie zu kümmern.“

Bergdolt kümmert sich weiter, mittlerweile ist er in der Praxis des Sohnes angestellt. Zur Ruhe setzen will er sich nicht. „Mir macht es Spaß. Was Lebensinhalt war, das hört doch nicht auf im Alter, im Gegenteil! Und Motivation ist nicht altersabhängig. Ich darf weiterarbeiten, ich bilde mich weiter. Ich habe jeden Tag Patientenkontakt. Zu Hause zu sitzen, das wäre ja einfach furchtbar!“ Für ihn gilt: Arzt ist ein fantastischer Beruf! ✨

## Mit Schwung in die Niederlassung

Lena Schäfer, 28, gehört zu den jüngsten Psychotherapeutinnen im Land. Was hat sie an der Niederlassung gereizt?

Im Oktober 2024 eröffnete Lena Schäfer ihre psychotherapeutische Praxis in Schwaikheim, nachdem sie nur wenige Monate zuvor in systemischer Therapie approbiert hatte. Nach ihrem Psychologiestudium in Bamberg und Göttingen absolvierte Schäfer ihre Weiterbildung in systemischer Psychotherapie am Helm-Stierlin-Institut in Heidelberg. Die Rückkehr in die Region Stuttgart war für die gebürtige Leutenbacherin naheliegend – nicht zuletzt, weil im Planungsbereich Rems-Murr-Kreis ein freier Kassensitz zur Verfügung stand.

**„In der eigenen Praxis kann ich flexibel auf unterschiedliche Therapiebedarfe reagieren und auf individuelle Bedürfnisse eingehen, beispielsweise bei der Frequenz.“**

Die Entscheidung für die Niederlassung traf Schäfer bewusst, und sie sieht in der Selbstständigkeit eine große Chance. Die Möglichkeit, eigenverantwortlich zu arbeiten und die Therapie individuell an den Bedarf ihrer Patientinnen und Patienten anzupassen, ist für sie ein großer Gewinn. „In der eigenen Praxis kann ich flexibel auf unterschiedliche Therapiebedarfe reagieren – das ist in Klinikstrukturen oft schwerer umsetzbar. So kann ich auf individuelle Bedürfnisse eingehen, beispielsweise bei der Frequenz. In manchen Phasen brauchen Patientinnen und Patienten wöchentlich zwei bis drei Gespräche, zu anderen Zeiten vielleicht nur eines im Monat“, erklärt sie. Darüber hinaus schätzt sie die engere, kontinuierlichere Begleitung ihrer Klienten.

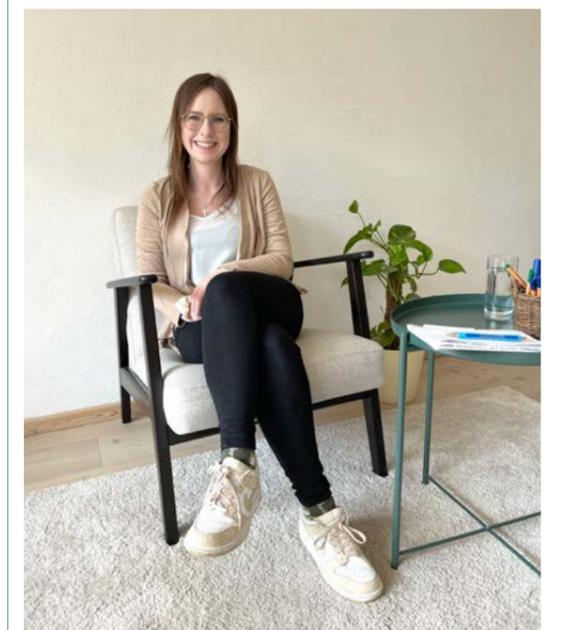
Was die praktischen und rechtlichen Fragen rund um die Niederlassung angeht, fühlte sich Schäfer von der KVBW bestens unterstützt. „Ich hatte einen tollen Niederlassungsberater, der mich in allen Fragen beraten hat.“ Auch von der IT- und der Abrechnungsberatung erhielt sie wertvolle Unterstützung, sodass der Anfang leichtfiel.

Der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung ist groß: Bereits kurz nach der Eröffnung war Schäfers Terminkalender gut gefüllt, inzwischen führt sie eine Warteliste. In ihrer Praxis arbeitet die The-

rapeutin mit dem systemischen Psychotherapieansatz. Im Mittelpunkt steht nicht das „Problem“, sondern der Mensch mit seinen Ressourcen. „Ich sehe mich nicht als jemand, der den konkreten Lösungsweg vorgibt“, erklärt sie. „Ich biete Impulse und Hypothesen an. Daraus entsteht dann ein lösungs- und ressourcenorientierter Prozess.“

Gerade in einer Gesellschaft, die stark von Leistungsdenken und Selbstoptimierung geprägt ist, stößt dieser Ansatz auf positive Resonanz. Die Nachfrage nach Therapieplätzen ist groß – ein deutliches Zeichen dafür, wie wichtig niedrigschwellige Therapieangebote sind.

Nur einen kleinen Nachteil hat die Selbstständigkeit: Das Eingebundensein in ein Team fehlt der Einzelkämpferin. Sie versucht, dies durch ein Netzwerk mit anderen selbstständigen Psychotherapeutinnen auszugleichen, und ist sonst durchaus zufrieden. Trotz all der Herausforderungen, die eine Selbstständigkeit mitbringt, ist sie überzeugt, den richtigen Weg gewählt zu haben. „Ich erlebe täglich, wie sehr Menschen von einem Raum profitieren, in dem sie gehört und gesehen werden. Die eigene Praxis ermöglicht mir genau das.“ ✨



# „Angestellt zu arbeiten, passt zu meiner Lebenssituation“

Dr. Dorothee Wecker über die Vorzüge einer Anstellung

Die heutige Ärztegeneration bevorzugt eine Tätigkeit in Anstellung und Teilzeit sowie in kooperativer Form. Während beispielsweise im Jahr 2010 nur sieben Prozent der KVBW-Mitglieder angestellt waren, waren es im Jahr 2022 bereits 24 Prozent. Also fast schon jedes vierte KVBW-Mitglied ist angestellt. So wie Dr. Dorothee Wecker, Fachärztin für Allgemeinmedizin in der Praxis Hochstetten bei Karlsruhe. Sie ist nicht nur Ärztin und Mutter, sondern auch Delegierte in der Vertreterversammlung der KVBW. Im Interview erklärt sie, warum sie sich für die Anstellung entschieden hat.

**Frau Dr. Wecker, warum wollten Sie sich lieber anstellen lassen, anstatt selbst eine Praxis zu gründen?**

*Wecker:* Angestellt zu arbeiten, passt sehr gut zu meiner aktuellen Lebensphase als Mutter eines Kleinkindes. Ich konnte nach der Elternzeit flexibel wieder in den Praxisalltag einsteigen und so die Familienorganisation inklusive Kita und Berufsalltag unter einen Hut bekommen.

**Was sind die Vorteile für Sie?**

*Wecker:* Die Anstellung bietet je nach Praxisgröße verschiedene Arbeitszeitmodelle und vor allem die Möglichkeit, Elternzeit in Anspruch zu nehmen. Nach meinen Erfahrungen kann man sich auf die Sprechstunde konzentrieren oder bei Interesse den Aufgabenbereich deutlich erweitern, um weitere Aspekte des Praxisbetriebs, wie Abrechnungsmanagement, Praxisorganisation, Digitalisierung und vieles mehr kennenzulernen. Das erleichtert auch perspektivisch den Schritt in die eigene Niederlassung.

**Wie unterscheidet sich der Arbeitsalltag in der Anstellung von dem in der Selbstständigkeit einer eigenen Praxis?**

*Wecker:* Als Angestellte trage ich weniger Verantwortung für den Praxisbetrieb und muss mich nicht um vieles, was nebenher noch anfällt, wie notwendige Reparaturen, nicht funktionierende Technik oder Ähnliches kümmern.

**Was könnte sich in der Anstellung für Sie noch verbessern?**

*Wecker:* Die Arbeitsbedingungen in der Anstellung sind stark von den Praxisgegebenheiten abhängig und verhandelbar. Womit wir jedoch alle täglich kämpfen, ist die schleppend voranschreitende Digitalisierung, enge und teilweise absurde Vorgaben, verbunden mit zu viel Bürokratie. Hier ist noch Luft nach oben.



**Sie sind darüber hinaus aber auch noch berufspolitisch tätig, warum?**

*Wecker:* Ich engagiere mich, um mitentscheiden zu können, wie sich unser Gesundheitssystem in Zukunft weiterentwickelt. Ich möchte nicht passiv mit Missständen hadern, sondern aktiv die Verbesserung mitgestalten.

**Wie schaffen Sie den Spagat zwischen Arbeit als Ärztin mit Kind und politischem Engagement in der Vertreterversammlung der KVBW?**

*Wecker:* Das ist vor allem dank der großartigen Unterstützung durch meine Kolleginnen und Kollegen möglich. An erster Stelle Dr. Susanne Fischer, die etliche Autofahrten nach Stuttgart mit (teilweise schreiendem) Säugling gerne auf sich genommen hat, damit ich weiter an den Sitzungen teilnehmen konnte. Mein Ehemann stärkt mir zu Hause den Rücken und übernimmt aktuell die Kinderbetreuung, wenn ich berufspolitisch unterwegs bin. ✨

# Team Gesundheit

Die KVBW genießt als Selbstverwaltung weitreichende Entscheidungsfreiheiten. Gleichzeitig unterliegt sie der Rechtsaufsicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration. Ein Miteinander zwischen Eigenverantwortung und staatlicher Kontrolle.

Für Gesundheitsminister Manne Lucha ist die KVBW eine unverzichtbare Institution. „Die KVBW hat sich kontinuierlich weiterentwickelt, um eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen“, betont Lucha. Die Zusammenarbeit sei geprägt von einem Miteinander im Interesse einer guten Versorgung im Land.

Die Freiheit der Selbstverwaltung und die Wahrnehmung von Sicherstellungsaufgaben bedeutet eine besondere Verantwortung. Trotz der großen Handlungsspielräume, die der Bundesgesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen zubilligt, unterliegt die KVBW der Aufsicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration. Dabei handelt es sich entsprechend dem Sozialgesetzbuch (SGB V) um eine Rechtsaufsicht, die sicherstellt, dass die KVBW ihre Aufgaben im Sinne des Gemeinwohls erfüllt und den Rechtsrahmen einhält.

„Ich danke für die gute Zusammenarbeit der vergangenen Jahre.“ *Minister Manfred Lucha*

Die Aufsicht erstreckt sich neben bestimmten spezifischen Vorlagepflichten und Genehmigungserfordernissen (zum Beispiel für Vorstandsdienstverträge oder Satzungsänderungen) explizit auf die allgemeine Beachtung von Recht und Gesetz. Dies beinhaltet ein Spektrum von Vorschriften, das weit über die Regelungen der Sozialgesetzbücher hinaus reicht und zum Beispiel auch das Arbeitsrecht oder das Verwaltungsrecht betreffen kann. Dennoch beschränkt sich die Aufsicht allein auf Fragen der Rechtmäßigkeit des Handelns durch die KVBW und findet bei Zweckmäßigkeitserwägungen und Ermessensentscheidungen ihre Grenze. Zudem ist von großer Bedeutung, dass die Aufsicht im öffentlichen Interesse ausgeübt wird und nicht den Interessen Einzelner dient. Die Klärung rechtlicher Einzelfälle erfolgt in der Regel über den regulären Rechtsweg. „Ich kann mit Überzeugung feststellen: Über all die Jahre haben wir zusammen einen guten Weg gefunden, in der jeweiligen Verantwortung für die



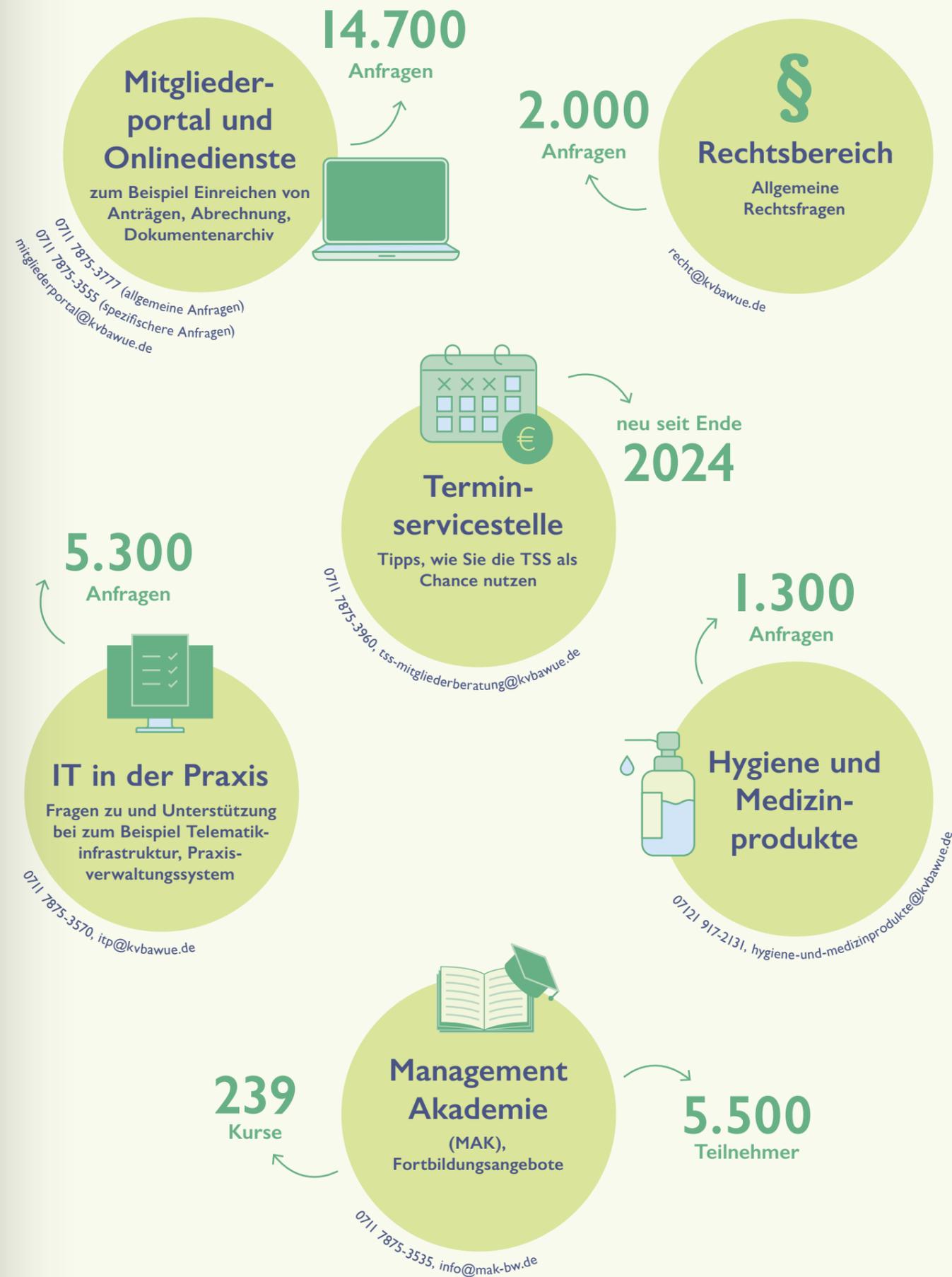
Die Vorstände Dres. Doris Reinhardt und Karsten Braun pflegen ein gutes Verhältnis zu Minister Manfred Lucha (li.), der auch gern gesehener Gast beim Sommerempfang im Garten der KVBW ist.

ambulante ärztliche Versorgung den sich stellenden Herausforderungen zu begegnen“, resümiert Lucha. Eine wertschätzende Kommunikation auf allen Ebenen der Verwaltung sei unabdingbar – „angefangen von mir als Minister bis zum Sachbearbeiter in der bei uns zuständigen Abteilung. Dies beinhaltet auch, dass die KVBW ihr Vorgehen bei wichtigen Projekten proaktiv erläutert und das Ministerium frühzeitig umfassend einbindet.“

Über die Teilnahmen an den Vertreterversammlungen kennen die Mitarbeitenden des Ministeriums zu vielen Themen die Hintergründe und haben fachkundige Ansprechpartner in der Verwaltung. „Selbstverständlich können wir nicht immer einer Meinung sein. Aus meiner Sicht ist das aufsichtliche Beratungsgespräch das wichtigste Instrument, das wir haben. Ich danke der KVBW für die kooperative Zusammenarbeit der vergangenen Jahre.“ ✨

# Stets zu Diensten

Die KVBW versteht sich als Dienstleister und stellt ihren Mitgliedern ein umfangreiches Beratungsangebot zur Verfügung, wie die Zahlen aus 2024 zeigen.



# Herzlichen Glückwunsch!

Zum Jubiläum haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer Fotoaktion ihrer KVBW auf kreative Art gratuliert.



# Was Zahlen verraten

Wie und wann die 20 oder 80 sowie die Summe 100 auf unsere Mitarbeitenden zutrifft, zeigen die Ergebnisse unseres Jubiläumsspiels.

Welche Zahl beschreibt dich am besten?



100 –  
erfahren und  
voller Weisheit!

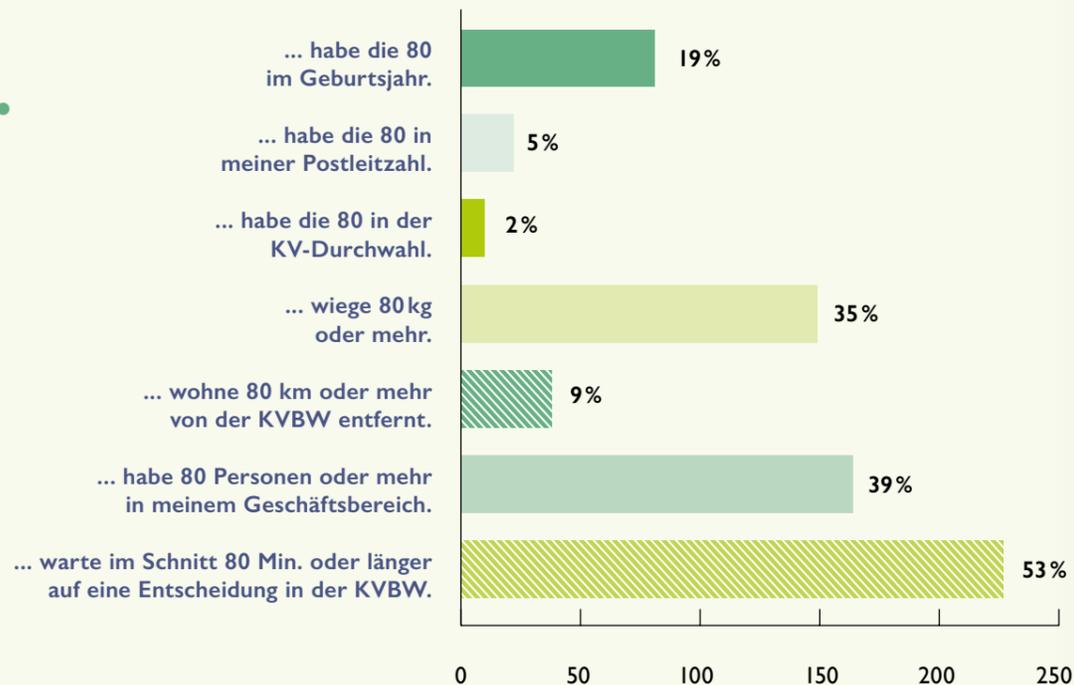


20 –  
energiegeladen und  
voller Tatendrang!

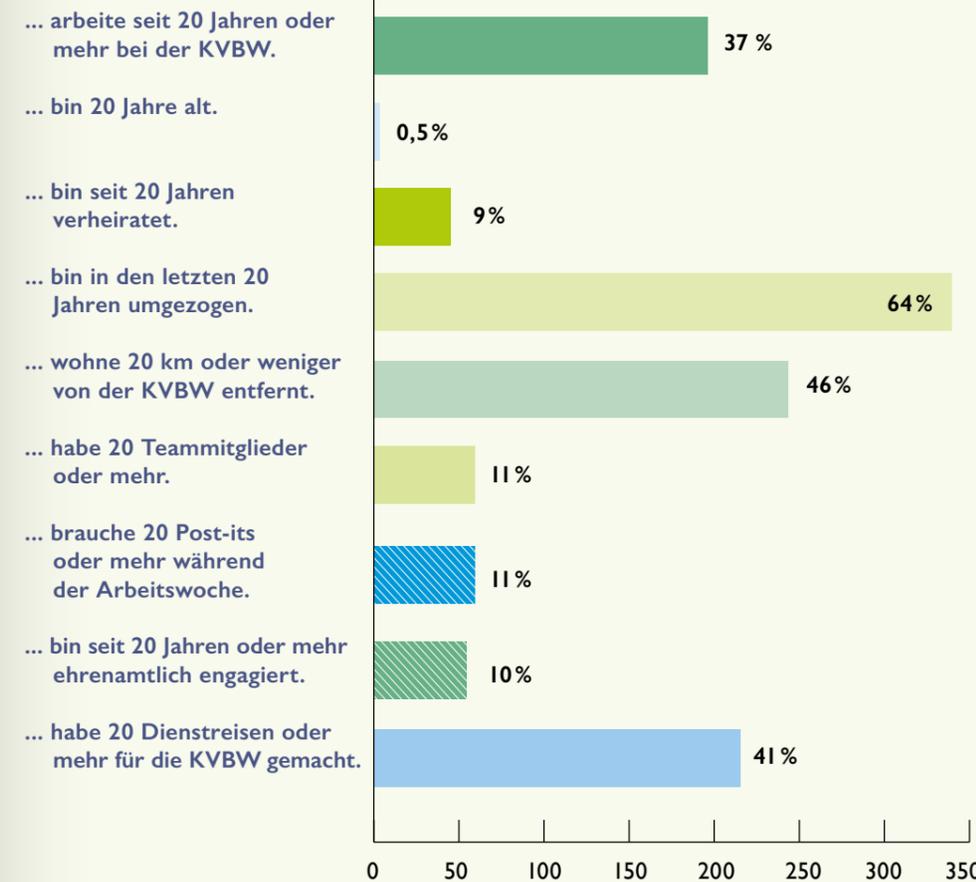


80 –  
sturmerprobt und  
voller Optimismus!

# Ich...



# Ich...



Welche Zahl entspricht deiner Einschätzung nach am besten der Zukunft unserer KVBW?

12%

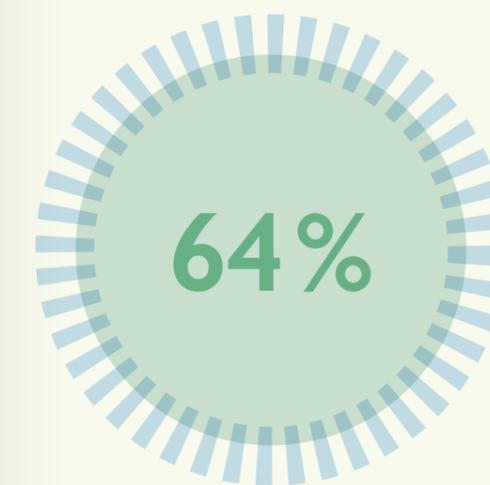
20 – Wir sind noch jung und haben viel vor!

25%

80 – Wir blicken auf eine lange und erfolgreiche Geschichte zurück!

62%

100 – Wir haben das Potenzial, in die Zukunft zu wachsen und zu glänzen!



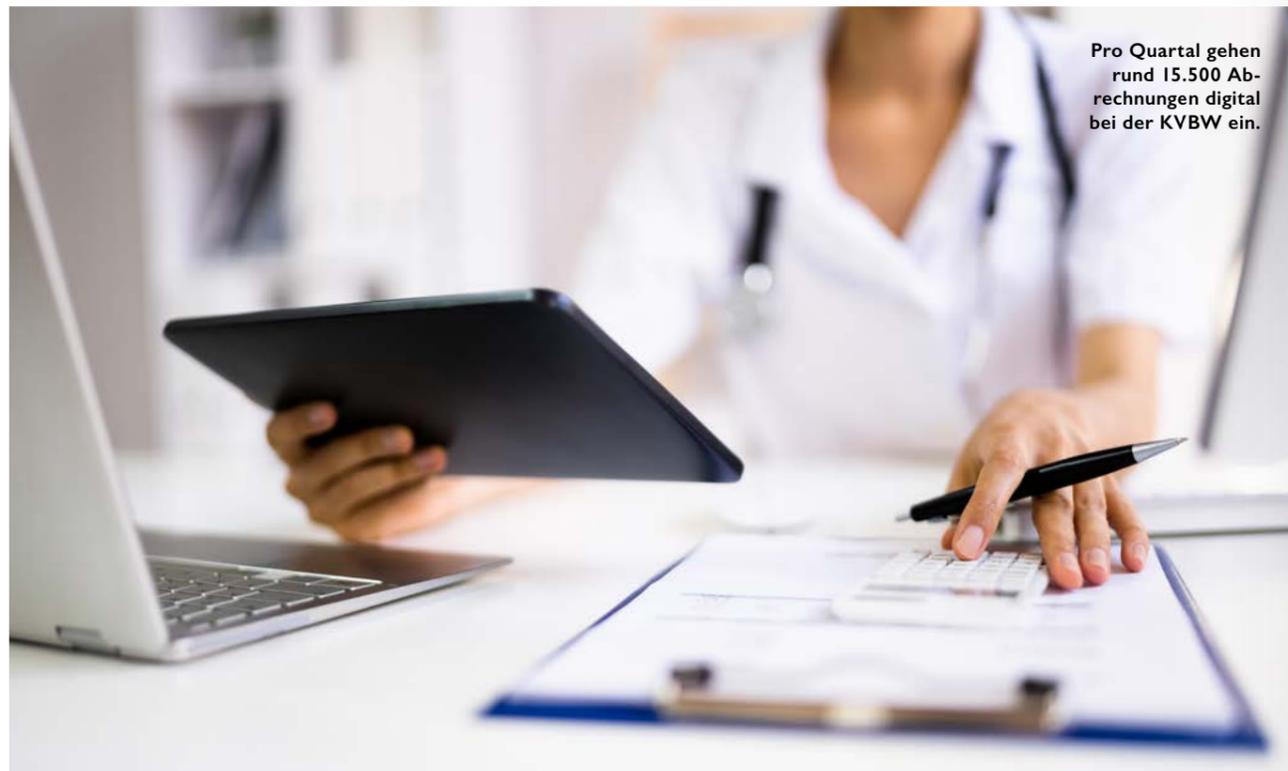
Ich lasse mich im Schnitt zu maximal 20% ärgern (weil 80% meiner Energie für Wichtigeres draufgehen).



Ich bin schnell auf (1)80, wenn mich etwas ärgert (aber keine Sorge, ich kühle auch wieder runter – meist innerhalb von 20 Minuten).

# Sicher, transparent, korrekt – so funktioniert die Honorarabrechnung

Eine der zentralen Aufgaben der KVBW ist die Abrechnung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen mit den Krankenkassen. Die Mitglieder stellen keine Rechnungen an die Kassen und erhalten dennoch verlässlich ihr Honorar – alles läuft gebündelt über die KVBW.



Pro Quartal gehen rund 15.500 Abrechnungen digital bei der KVBW ein.



Dr. Karsten Braun, LL. M.

„Die Abläufe bei der Abrechnung greifen wie ein präzises Räderwerk ineinander.“

Jedes Jahr werden in Baden-Württemberg über 85 Millionen Behandlungsfälle und fünf Milliarden Euro abgerechnet. Dahinter steckt eine enorme Verantwortung: Die KVBW muss sicherstellen, dass jede Abrechnung korrekt ist – zum Schutz der Beitragsgelder und im Sinne ihrer Mitglieder. „Das gelingt durch eine hervorragende Koordination und Zusammenarbeit der Geschäftsbereiche Vertragswesen, Abrechnung und Finanzwesen“, lobt Vorstandsvorsitzender Dr. Karsten Braun. „Die Abläufe – von Honorarverhandlungen über die technische Abrechnung bis hin zum Finanzfluss – greifen wie ein präzises Räderwerk ineinander.“

Pro Quartal gehen rund 15.500 Abrechnungen digital bei der KVBW ein. In einem mehrstufigen Verfahren werden diese geprüft. Zunächst wird kontrolliert, ob alle notwendigen Unterlagen vollständig sind. Anschließend folgt die inhaltliche Prüfung: Wurden die Leistungen korrekt gemäß den Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) abgerechnet? Der EBM ist der Leistungskatalog für die ambulante Versorgung. Er enthält teils sehr detaillierte Vorgaben, von Pauschalen bis zu Einzelleistungen.

Bei Unstimmigkeiten können die Mitglieder ihre Angaben korrigieren. „Was früher umständlich nur auf dem Postweg möglich war, funktioniert heute komfortabel über ein digitales Verfahren im Mitgliederportal“, so Braun. Dort erhalten die Mitglieder unmittelbar nach Bearbeitung ihrer Quartalsabrechnung eine Information über eventuelle Kürzungen und haben dann innerhalb einer Korrekturfrist die Möglichkeit zur Berichtigung.

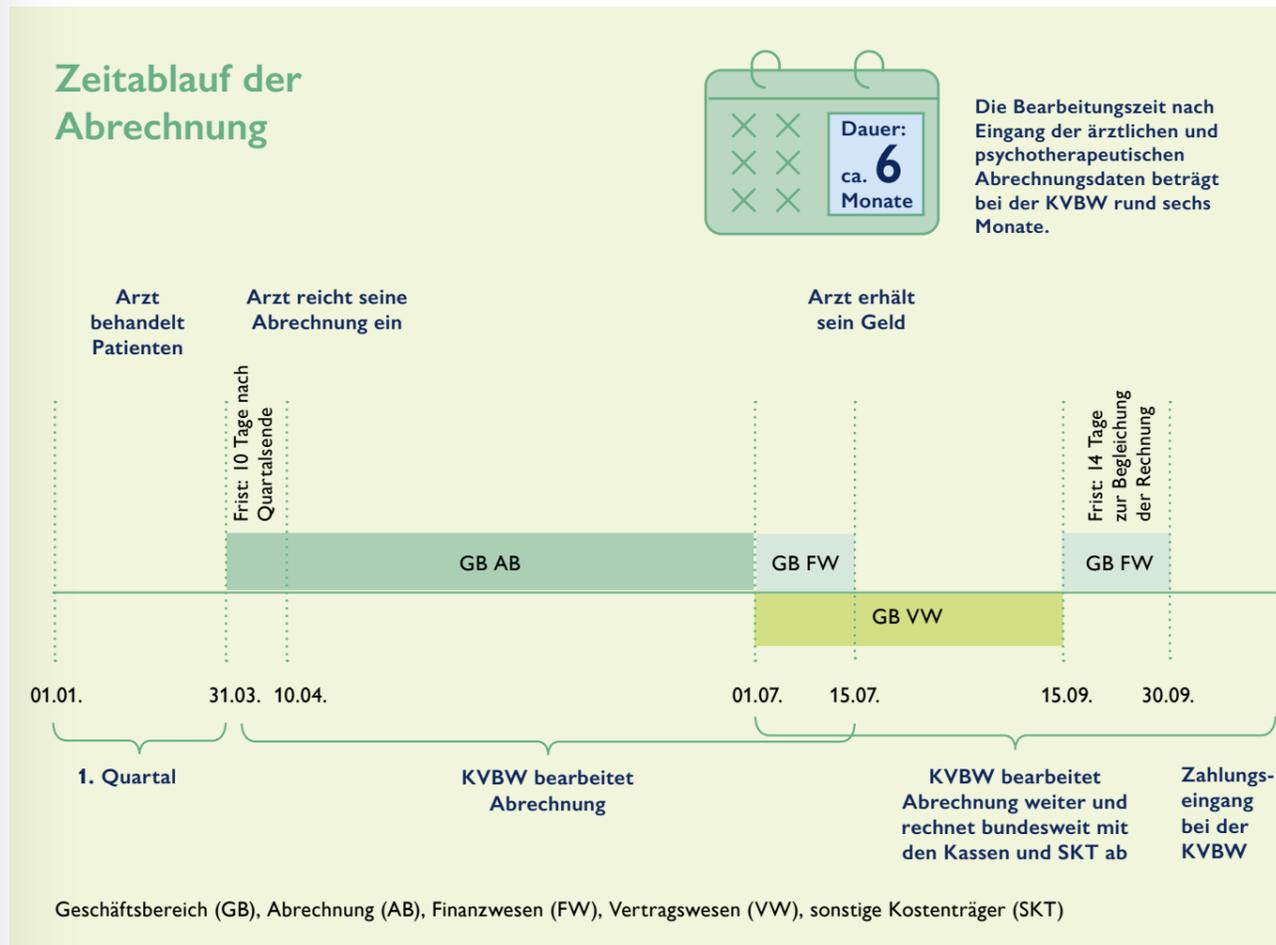
Ein weiterer Schritt im Prüfprozess ist die sogenannte Plausibilitätsprüfung. Dabei wird mithilfe von Algorithmen untersucht, ob bestimmte Auffälligkeiten im Abrechnungsverhalten auftreten, etwa ein ungewöhnlich hoher Zeitaufwand für bestimmte Leistungen. Wenn Zweifel bestehen, müssen die Mitglieder die Abweichungen erläutern.

Über komplexere Fälle entscheidet der Plausibilitätsausschuss, in dem neben Verwaltungsfachleuten auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mitwirken. So fließt medizinischer Sachverstand direkt in die Bewertung ein. Wird eine Leistung als nicht nachvollziehbar eingestuft, kann dies zu einer Kürzung oder Streichung führen.

Nach Abschluss des Prüfprozesses erhalten die Ärztinnen und Ärzte sowie die Psychotherapeuten ihren endgültigen Honorarbescheid. Um ihre Liquidität zu sichern, zahlt die KVBW monatlich Abschläge auf das zu erwartende Honorar aus.

Ärztinnen und Ärzte wie auch die Psychotherapeuten können gegen ihre Abrechnung Widerspruch einlegen. Dafür gibt es ein gesetzlich geregeltes, transparentes Verfahren – einfach, kostenlos und ohne Anwaltszwang. Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids schriftlich eingereicht werden. Vier regionale Widerspruchsausschüsse, jeweils besetzt mit zwei Ärzten und zwei Verwaltungsmitarbeitenden, prüfen die Einwände sorgfältig.

Dieser komplexe Prozess zeigt: Abrechnen ist mehr als reine Verwaltung. Es ist ein Akt der Verantwortung – für Mitglieder, Krankenkassen und nicht zuletzt für die Versicherten. ✨





Zufriedene Mitarbeitende, die gerne in der KVBW arbeiten, sind ein Ziel des Employer Branding.

# Attraktiv als Arbeitgeber

Die treibende Kraft hinter den täglichen Abläufen, neuen Lösungen und unserem Erfolg sind unsere Mitarbeitenden. Talentierte Kolleginnen und Kollegen an uns zu binden, neue zu gewinnen und das Engagement zu fördern, sind Ziele des Employer Branding.



Franziska Müller,  
Employer-Branding-  
Spezialistin

„Beim Employer Branding geht es darum, herauszukristallisieren, was die KVBW als Arbeitgeber ausmacht.“

In einer Zeit, in der der Wettbewerb um die besten Talente intensiver denn je ist, spielt Employer Branding (auf Deutsch: Arbeitgebermarkenbildung) eine entscheidende Rolle für den Erfolg der KVBW. Eine starke Arbeitgebermarke beeinflusst die Wahrnehmung einer Organisation nach außen, erleichtert die Rekrutierung, stärkt die Motivation der Mitarbeitenden und trägt zur langfristigen Organisationsentwicklung bei.

Mit gezielten Maßnahmen machen wir transparent, wer wir als Arbeitgeber sind: mit unseren gelebten

Werten, unserer (Arbeits-)Kultur sowie den Aufgaben, Benefits und Entwicklungsmöglichkeiten, die wir bieten. Employer Branding ist ein strategischer Baustein, um die KVBW als bevorzugten Arbeitgeber zu etablieren – im Wettbewerb um Talente und zur Stärkung unserer Organisation.



Vasilios Mpouranis,  
Gruppenleiter  
Recruiting

„Nur wer klar zeigt, wofür er steht, kann Talente begeistern.“

Der Arbeitsmarkt hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt und stellt uns vor neue Herausforderungen. Der demografische Wandel und der Fachkräftemangel machen es wichtiger denn je, als Arbeitgeber sichtbar und attraktiv zu sein.

Die KVBW befindet sich in einem großen Wettbewerb um Talente – nicht nur mit anderen Unternehmen, sondern auch mit den steigenden Ansprüchen der Bewerber und Mitarbeitenden an Flexibilität, Sinnstiftung und Entwicklungsmöglichkeiten.

Als ein großer Arbeitgeber im Gesundheitswesen sind wir in vielen unterschiedlichen Berufsfeldern aktiv – von kaufmännischen und technischen Berufen bis hin zu juristischen Fachgebieten. Dennoch stehen wir täglich vor Herausforderungen: Wie gewinnen und binden wir die richtigen Talente? Wie steigern wir unseren Bekanntheitsgrad als Arbeitgeber? Wie gehen wir mit steigenden Recruitingkosten und einer sich stetig wandelnden Arbeitswelt um? Wie schaffen wir es, unsere Mitarbeitenden langfristig zu binden?

Mit der Entwicklung unserer Arbeitgebermarke haben wir darauf eine klare Antwort gefunden: Wir sind der Meinung, dass unsere Mitarbeitenden das Herzstück unseres Erfolges sind. Wir setzen gezielt auf eine authentische Positionierung, um die Menschen anzusprechen, die zu uns passen – und langfristig bei uns bleiben wollen.

Der Weg zu einer starken Arbeitgebermarke ist ein Prozess – aber einer, der sich lohnt. Denn letztlich geht es nicht nur darum, neue Talente zu gewinnen, sondern auch darum, Mitarbeitende langfristig für die KVBW zu begeistern. Deshalb haben wir die Arbeitgebermarke gemeinsam mit unseren Mitarbeitenden entwickelt.

Die neue Arbeitgebermarke verbindet unsere Identität und Werte mit einem Versprechen an unsere

Mitarbeitenden und die Bewerber. Mit unserer Marke zeigen wir, wer wir als Arbeitgeber sind, wofür wir stehen und warum es sich lohnt, Teil der KVBW zu sein.

Unsere Arbeit ist mehr als eine tägliche Aufgabe. Sie ist sinnstiftend, eröffnet Perspektiven und bietet Raum für individuelle Entwicklung. Ganz im Sinne unseres Arbeitgeber-Claims: Vordenken. Gestalten. Verwirklichen.

Diese Prinzipien sind Kernbestandteile unserer Arbeitgebermarkenwerte: Wir sind nahe beieinander, kommen gemeinsam voran, bewirken dabei Sinnvolles und verwirklichen unsere Anforderungen zielgerichtet. Diese Werte begleiten uns in unserer täglichen Arbeit und machen die KVBW als Arbeitgeber aus. Dazu gehört auch ein unverkennbares Design, mit dem wir als Arbeitgeber nach außen auftreten werden.

Unsere Arbeitgebermarke ist nicht nur ein Konzept, sondern wird vor allem durch die Menschen in der KVBW lebendig. Deshalb ist es uns besonders wichtig, unsere Arbeitgebermarke auch im täglichen Miteinander zu leben. So zeigen wir, was uns als Arbeitgeber ausmacht – authentisch, transparent und im Arbeitsalltag spürbar.

„Etwas zu bewirken und gestalten zu können, macht mir Freude. Die KVBW schafft genau diese Möglichkeit, auch in Teilzeit.“



Shalom Schelling,  
Gruppenleiterin  
Abrechnung

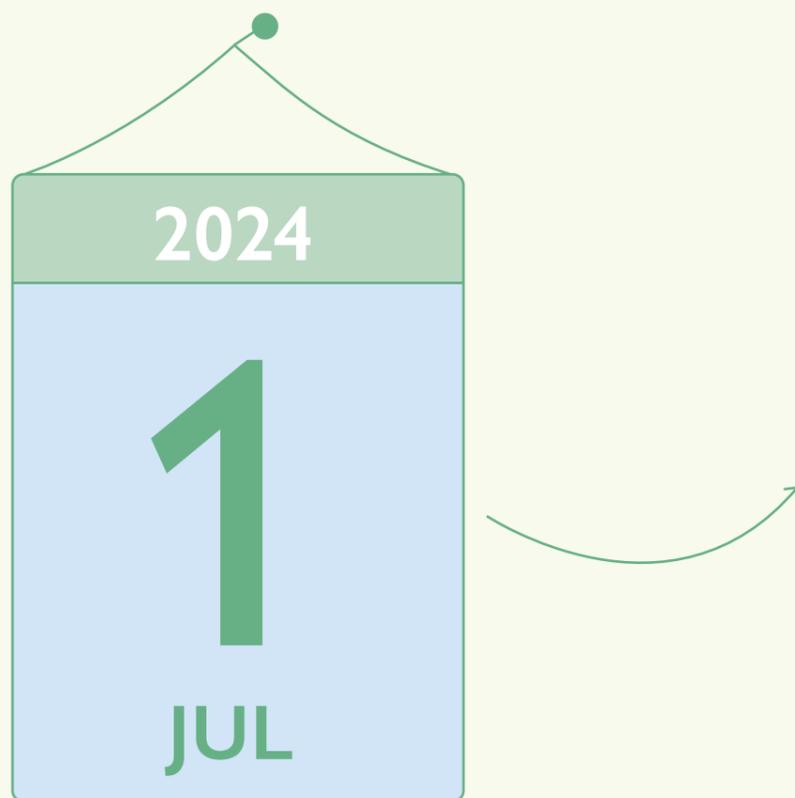
Für uns bedeutet eine starke Arbeitgebermarke deshalb mehr als nur gute Worte. Sie lebt von innen heraus und wird durch das Engagement jedes Einzelnen getragen. Unsere Mitarbeitenden und Führungskräfte sind die wahren Botschafter unserer Marke. Es geht darum, wie wir miteinander umgehen, wie wir uns unterstützen und wie wir gemeinsam vorankommen.

Durch diesen gemeinsamen Ansatz schaffen wir eine authentische und vertrauensvolle Arbeitskultur, die nicht nur unsere Mitarbeitenden motiviert, sondern auch unsere Bekanntheit und Attraktivität als Arbeitgeber stärkt. Denn wir wissen: Eine glaubwürdige Arbeitgebermarke wächst mit den Menschen, die sie täglich leben, und wird erst darauf aufbauend nach außen am Arbeitsmarkt sichtbar.

Mit dieser klaren Ausrichtung als Arbeitgeber blicken wir optimistisch in die Zukunft und freuen uns darauf, weiterhin ein Arbeitgeber zu sein, der für seine Werte und seine Mitarbeitenden steht. Und wir sind davon überzeugt, dass eine starke Arbeitgebermarke nicht nur unsere eigenen Mitarbeitenden motiviert, sondern auch unsere Position auf dem Arbeitsmarkt stärkt. ✨

# Was Praxen täglich leisten – am Beispiel eines Tages

Was in der ambulanten Versorgung an einem Tag in Baden-Württemberg geleistet wurde, das zeigt die Statistik der KVBW am Beispiel des **1. Juli 2024**:



**660.482 Menschen** wurden ambulant versorgt –  
davon **66.066 Kinder und Jugendliche**,  
**4.665 Krebspatientinnen und -patienten**,  
**5.322 als Notfall** und  
**2.955 per Videosprechstunde**



**3.777**  
Hautkrebs-  
Screenings



**5.205**  
ambulante OPs



**14.847**  
Impfungen



**3.165**  
Früherkennungs-  
untersuchungen  
bei Kindern



**28.707**  
Psychotherapie-  
sitzungen –  
einzeln oder  
in Gruppen



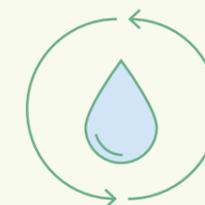
**27.051**  
Röntgen-, CT- oder  
MRT-Untersuchungen



**26.589**  
Ultraschall-  
untersuchungen



**8.421**  
Haus- und  
Heimbesuche



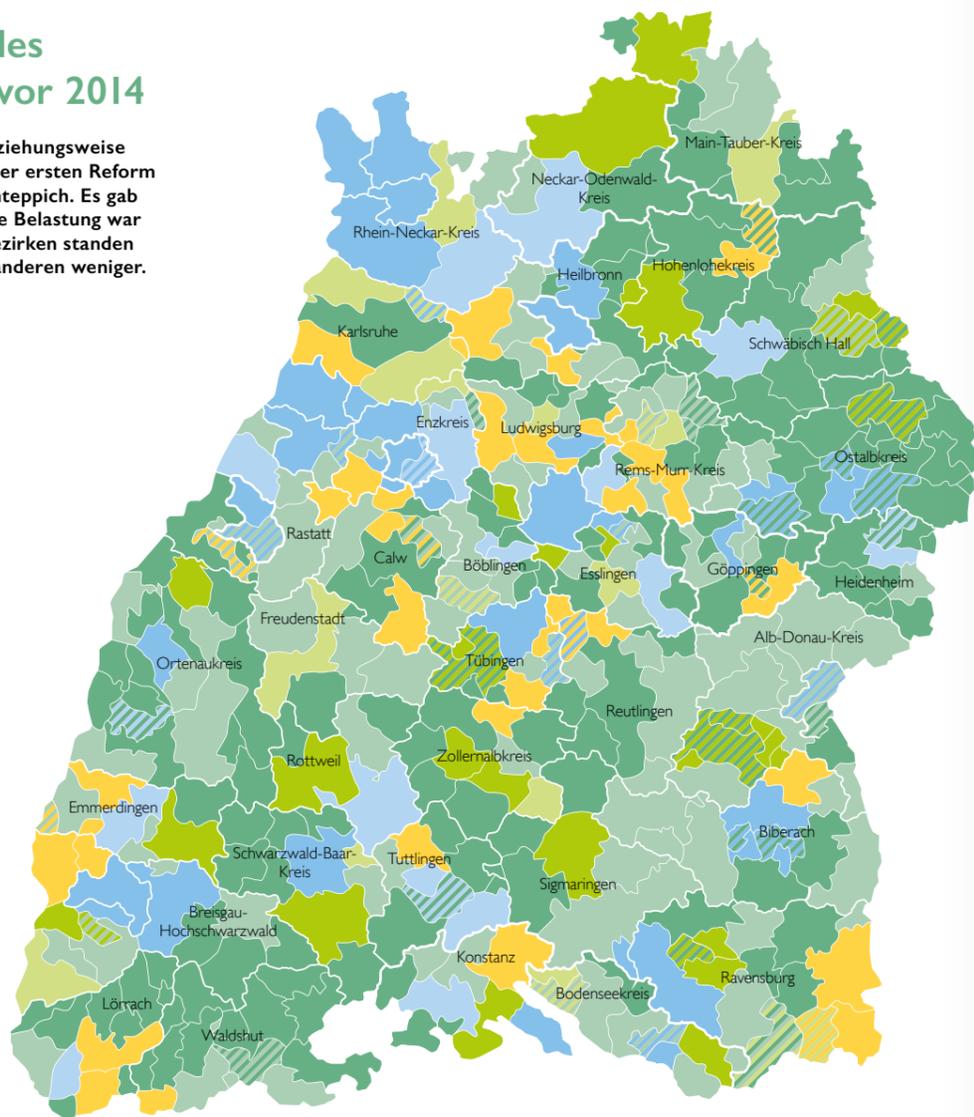
**3.240**  
Dialysen

# Reformen für die Zukunft

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) hat sich über die Jahre stark gewandelt. Jede Reform verringerte die Dienstbelastung der Ärzteschaft. Auch die ÄBD-Reform 2024+ wird die Beteiligten entlasten und zukunftssichere Strukturen schaffen.

## Die Landkarte des Notfalldienstes vor 2014

Die Landkarte des Notfall- beziehungsweise Bereitschaftsdienstes sah vor der ersten Reform 2014 aus wie ein bunter Flickenteppich. Es gab unzählige Dienstbezirke und die Belastung war unterschiedlich. In manchen Bezirken standen mehr Ärzte zur Verfügung, in anderen weniger.



Vielfältig und bunt, so kann man die Strukturen im Bereitschaftsdienst im Jahr 2011 beschreiben. Es gab Dienste in der eigenen Praxis, Bereitschaftspraxen an Krankenhäusern (damals noch Notfallpraxen genannt) oder in KV-eigenen Räumen, KV- oder vereinsgeführte Bereitschaftspraxen und je Region unterschiedliche fachärztliche Dienste. Hauptproblem war aber die sehr unterschiedliche Dienstbelastung. In manchen Bereichen teilten sich nur 10

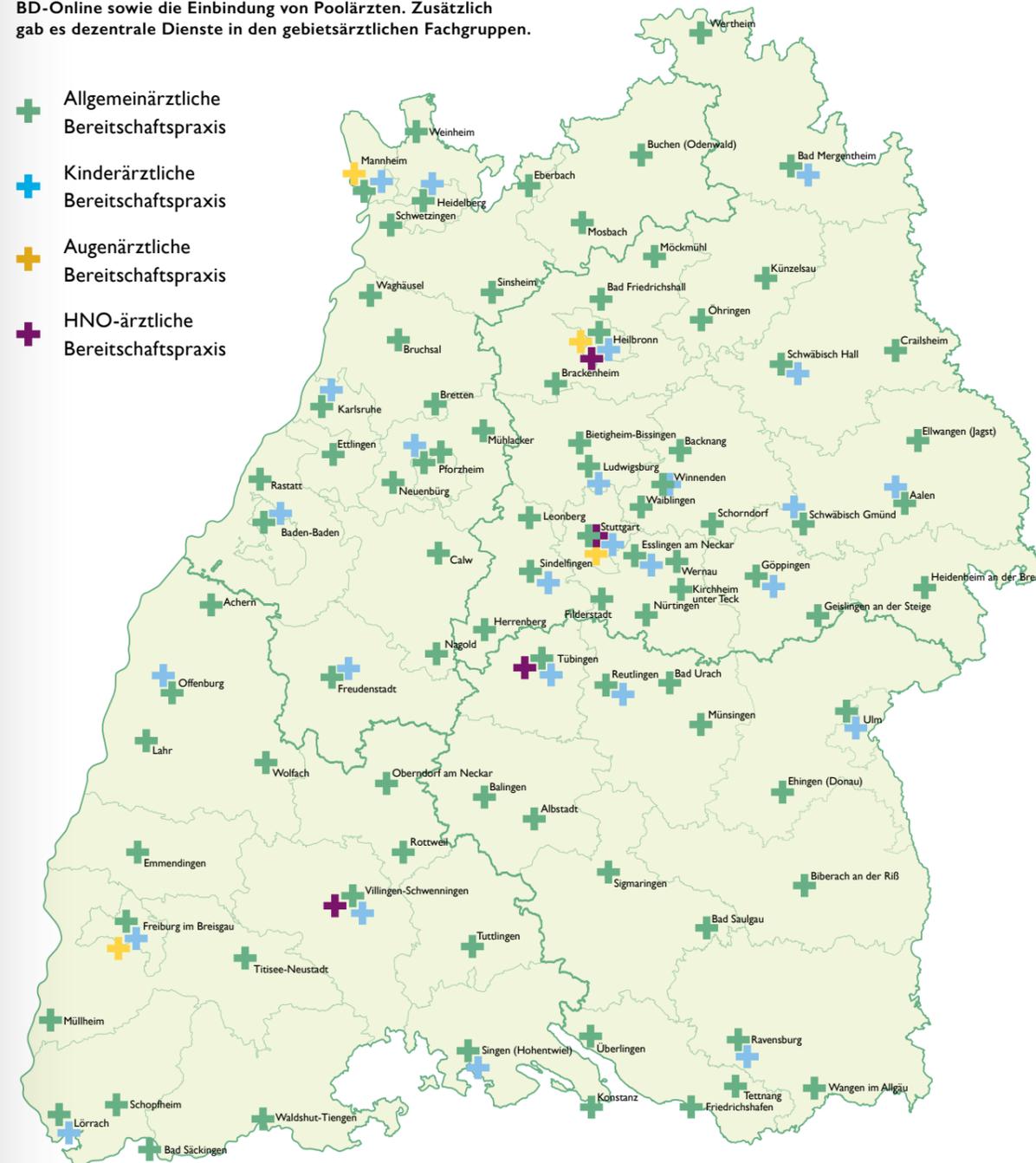
bis 15 Ärzte die Dienste und mussten somit jeweils über 50 Dienste im Jahr leisten. In anderen Bereichen hingegen war die Dienstbelastung mit zehn Diensten im Jahr deutlich geringer. Eine vergleichbare Belastung und Struktur war das Ziel der ersten Reform.

„Jedes KVBW-Mitglied soll maximal sieben Dienste im Jahr leisten, ganz gleich ob in der Stadt oder in

## Die Standorte nach der Reform 2014

Die Reform 2014 führte zu einer deutlichen Reduzierung der Dienstbezirke und somit zu einer Entlastung der Ärzteschaft. Neu eingeführt wurden unter anderem die Dienstplanungssoftware BD-Online sowie die Einbindung von Poolärzten. Zusätzlich gab es dezentrale Dienste in den gebietsärztlichen Fachgruppen.

- + Allgemeinärztliche Bereitschaftspraxis
- + Kinderärztliche Bereitschaftspraxis
- + Augenärztliche Bereitschaftspraxis
- + HNO-ärztliche Bereitschaftspraxis



ländlichen Regionen“, so die Devise des damaligen neu gewählten Vorstandes Dr. Johannes Fechner und Dr. Norbert Metke. Dafür wurden Dienstbereiche zusammengelegt und zentrale Bereitschaftspraxen an den Krankenhäusern eingerichtet. Damals wie heute gibt es im gebietsärztlichen Bereitschaftsdienst Dienste, die in der eigenen Praxis (dezentral) durchgeführt werden. Weitere neue Elemente waren eine Dienstplanungssoftware (BD-Online),

ein organisierter Fahrdienst sowie die Einbindung von sogenannten „Poolärzten“ als Vertretung. Nach zwei Jahren intensiver Vorbereitung trat die neue Struktur am 1. Januar 2014 in Kraft. Für den Betrieb der 120 zentralen Notfallpraxen stellte die KVBW rund 1.000 Medizinische Fachangestellte (MFA) ein. „Diese Mitarbeitenden sind die Säulen unserer Bereitschaftspraxen, ohne die nichts funktionieren würde“, betont Vorständin Dr. Doris Reinhardt. Die

Reform des Bereitschaftsdienstes war damals ein Erfolgsmodell. Alle Überlegungen auf Bundesebene zur Weiterentwicklung des ABD basierten auf den baden-württembergischen Strukturen. Der Bereitschaftsdienst wurde zu einer Kernkompetenz der KVBW in der Versorgung.

Doch 2023 kam die Wende: Die beispielhafte Struktur mit einfachen Vertretungsmöglichkeiten durch sogenannte „Poolärzte“ musste aufgrund eines BSG-Urteils beendet werden. Ein herber Einschnitt, da kurzfristig Vertretungsmöglichkeiten ausfielen. In der Folge musste die KVBW einige Bereitschaftspraxen schließen und Öffnungszeiten reduzieren. Die Sorge um die Sicherstellung der Regelversorgung durch den zunehmenden Ärztemangel war

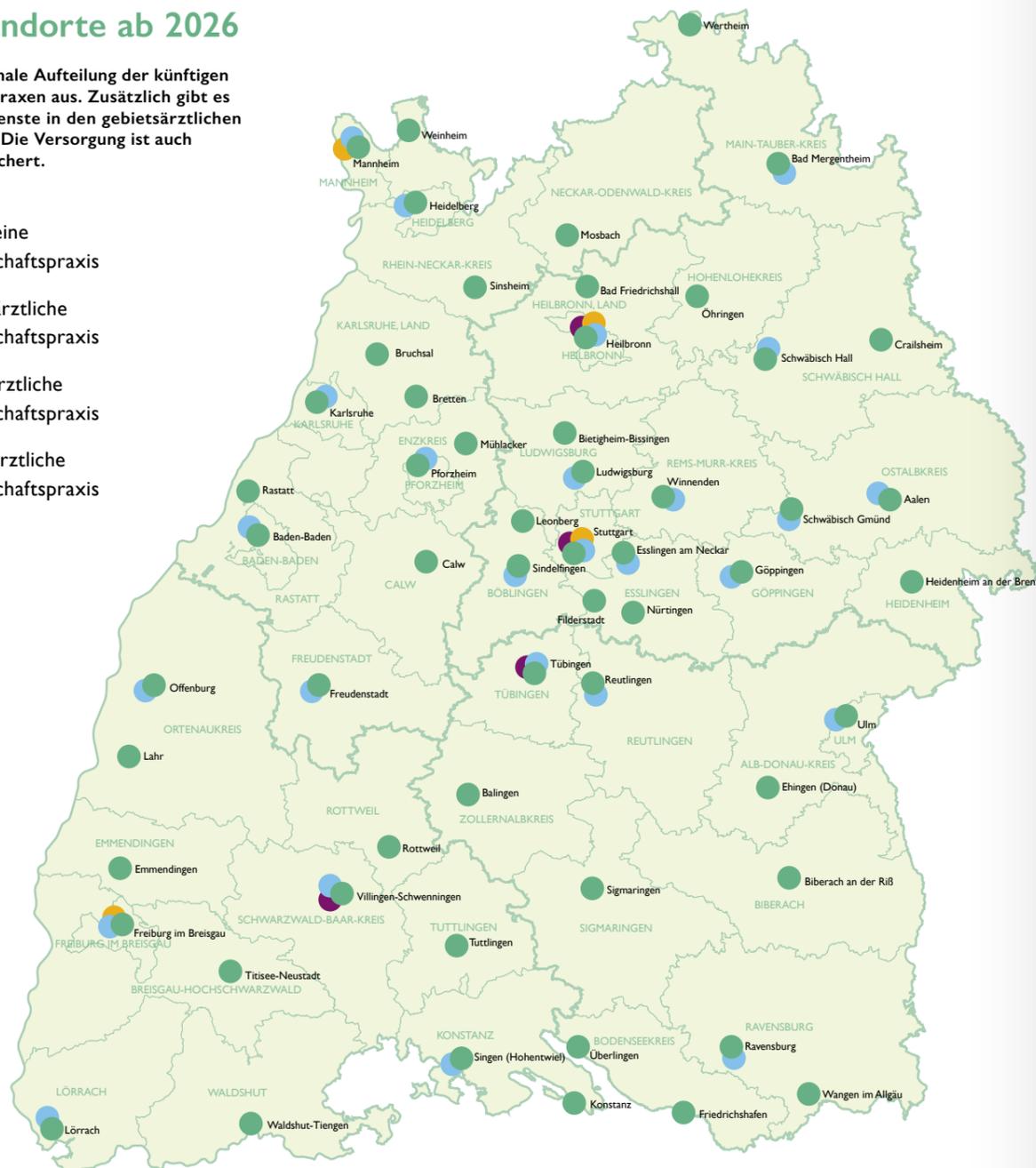
Anlass für eine weitere Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Dr. Doris Reinhardt stellt den Bereitschaftsdienst seit 2024 neu auf: Robust, zukunftsorientiert, qualitativ hochwertig und kooperativ soll die Struktur sein. In jedem Stadt- und Landkreis gibt es künftig mindestens eine Bereitschaftspraxis. 95 Prozent der Bevölkerung sollen eine Praxis in 30 Fahrminuten mit dem Pkw erreichen, 100 Prozent in spätestens 45 Minuten.

Die Versorgung wird ab Ende 2025 flächendeckend von insgesamt 57 allgemeinen und 32 fachärztlichen Bereitschaftspraxen gewährleistet. Auch der Fahrdienst wird angepasst, vor allem aber wird die telemedizinische Beratung eine größere Rolle spielen. ✨

## Die Standorte ab 2026

So sieht die finale Aufteilung der künftigen Bereitschaftspraxen aus. Zusätzlich gibt es dezentrale Dienste in den gebietsärztlichen Fachgruppen. Die Versorgung ist auch weiterhin gesichert.

- Allgemeine Bereitschaftspraxis
- Kinderärztliche Bereitschaftspraxis
- Augenärztliche Bereitschaftspraxis
- HNO-ärztliche Bereitschaftspraxis



## Bewährt und vertrauensvoll

Um eine gute Versorgung der Bevölkerung und optimale Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit dreht sich die Zusammenarbeit zwischen KVBW und Landesärztekammer. Dabei wurde schon einiges auf den Weg gebracht.

Im Sommer 2016 änderte die Landesärztekammer (LÄK) – bundesweit als Vorreiter – ihre Berufsordnung, um die ausschließliche ärztliche Fernbehandlung im Rahmen von Modellprojekten zu ermöglichen. Bis dahin hatte die ärztliche Berufsordnung die ausschließliche Behandlung über Kommunikationsnetze untersagt: (Video-)Telefonie durfte immer nur mit „Bestandspatienten“ erfolgen, also mit Patienten, die der Arzt oder die Ärztin bereits kannte. Die KVBW beantragte daraufhin ein Modellprojekt und erhielt die Genehmigung, die ausschließliche Fernbehandlung von Kassenpatienten zunächst in den Modellregionen Tuttlingen und Stuttgart zu erproben. Das war so erfolgreich, dass wenige Zeit später das Modellprojekt „docdirekt“ landesweit ausgerollt wurde, um allen baden-württembergischen Vertragsärztinnen und -ärzten zu ermöglichen, als sogenannte „Tele-ärztinnen bzw. -ärzte“ GKV-Patienten ausschließlich telefonisch zu behandeln.

Zunehmend wird die Telemedizin auch in der Notfallversorgung eingesetzt. Dass es zu einer Erfolgsgeschichte werden konnte, lag auch daran, dass die Kammer 2020 ihre Berufsordnung geändert und im Einklang mit den anderen Landesärztekammern die Integration der Fernbehandlung in die tägliche Patientenversorgung möglich gemacht hatte.

Die gute Kooperation bewährt sich auch im Kampf gegen den Mangel an medizinischen Fachkräften. Im Herbst 2024 brachte die LÄK eine MFA-Stellenbörse an den Start. „Unsere Stellenbörse ist ein weiterer Baustein in unserem Engagement, dem Fachkräftemangel etwas entgegenzusetzen“, sagte damals Dr. Wolfgang Miller, LÄK-Präsident. „Sie bringt diejenigen, die Jobs suchen, und diejenigen, die Jobs anbieten, schnell und unkompliziert zusammen. Auf diese Weise können wir als zuständige Stelle für die Berufsausbildung der MFA unsere Kolleginnen und Kollegen effektiv bei der Personalsuche unterstützen.“

Fachkräfte und am Beruf Interessierte finden über die Stellenbörse Jobs beziehungsweise Ausbildungsplätze. Schülerinnen und Schüler können

nach Praktikumsangeboten Ausschau halten, um in den MFA-Beruf „reinzuschnuppern“. Vertragsärztinnen und -ärzte offerieren konkrete Stellenangebote, in denen sie die Tätigkeiten und die notwendigen Qualifikationen definieren. Das enge Miteinander der beiden Körperschaften zeigt sich noch in zahlreichen weiteren Bereichen: Ärztinnen und Ärzte, die ein Fortbildungszertifikat der LÄK erlangen, können dieses automatisiert und elektronisch an die KVBW übermitteln lassen, um so ganz unbürokratisch den Nachweis für ihre sozialgesetzliche Fortbildungsverpflichtung zu leisten. Für alle, die eine Weiterbildung anstreben, schaffen die Körperschaften (gemeinsam mit weiteren Partnern) im ganzen Land Weiterbildungsverbände. Die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin beziehungsweise das Kompetenzzentrum Weiterbildung bieten weitere Unterstützung.

Seit zehn Jahren arbeiten die Körperschaften auch beim Landeskongress Gesundheit eng zusammen und bieten damit eine wichtige Austauschplattform für das Gesundheitswesen im Südwesten.

„Unsere Stellenbörse ist ein weiterer Baustein in unserem Engagement, dem Fachkräftemangel etwas entgegenzusetzen.“



Dr. Wolfgang Miller, LÄK-Präsident

Zu erwähnen ist auch das von beiden Körperschaften gemeinsam herausgegebene Ärzteblatt Baden-Württemberg, das allen Mitgliedern monatlich wichtige und aktuelle Informationen bietet.

Die Aufzählung gemeinsamer Aktivitäten ließe sich fortsetzen. Über allem steht als gemeinsames Bekenntnis: „Wir kümmern uns um unsere Mitglieder – die Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg.“ ✨



Tübingen mit der berühmten Silhouette der Altstadt ist Heimat von Dr. Stephan Hofmeister.

# Drei Fragen an ...

Zwei Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) haben schwäbische Wurzeln, der dritte rheinische. Wie es sich als „Reichschmecke“ in Berlin lebt, dazu haben wir Dr. Andreas Gassen, Dr. Stephan Hofmeister und Dr. Sybille Steiner befragt.



## Dr. Stephan Hofmeister:

**Sie stammen aus Tübingen und leben nun in Berlin. Wie viel Schwabe steckt noch in Ihnen?**

Als Sohn eines Pfarrers der evangelisch-württembergischen Landeskirche und Spross einer weitverzweigten schwäbischen Großfamilie ist das „genetisch“ fest verankert. Im Ernst, natürlich prägen mich den Schwaben zugesagte Werte: Mit einem Begriff wie Work-Life-Balance fremde ich, eine gewisse Ernsthaftigkeit prägt mich und das, was ich tue. Es muss nicht immer das ganz große öffentliche Rad sein, gerne geht es auch mal etwas kleiner. Für einen Schwaben nicht ganz untypisch habe ich aber schon früh die Liebe zu Hamburg und zur Seefahrt entdeckt, und Hamburg ist zu meiner Wahlheimat geworden. Im Hafen den ein- und ausfahrenden Schiffen zuzuschauen, löst noch immer ein gutes und sehnsüchtiges Gefühl von Fernweh aus. Dennoch bleibt die alte Heimat natürlich ein Teil von mir und ich kehre immer wieder gerne dorthin zurück.

**Die Kehrwoche ist im Schwabenland eine Institution. Haben Sie sich in Berlin bereits an eine**

**andere Art der Ordnung gewöhnt oder greifen Sie manchmal zum Besen?**

Das ist ein heikles Thema. Die Berliner „Ordnung“ scheint oft eher darin zu bestehen, dass es keine Ordnung gibt. Daran kann ich mich nur schwer gewöhnen, und ich würde tatsächlich am liebsten manchmal zum Besen greifen, im wörtlichen wie im übertragenen Sinn.

**Schwaben gelten als sparsam. Bei welchen Verhandlungen im Gesundheitswesen verfolgen Sie dieses schwäbische Prinzip?**

Das WANZ-Prinzip des Fünften Sozialgesetzbuches hat durchaus auch in der Politik seine Berechtigung. Insbesondere im Hinblick auf die Gesundheitspolitik der Ampelregierung hätte ich mir oft gewünscht, dass man sparsamer mit Worten und Superlativen gewesen wäre („ein großes und wichtiges Gesetz“, „eine Revolution“ ...) und sich insgesamt mehr an der schwäbischen Philosophie orientiert hätte: „Weniger schwätze, mehr schaffe“ – und zwar nicht fürs Schaufenster, sondern ideologiefrei und wirklich im Sinne der Versorgung. ✨



## Dr. Sybille Steiner:

**Sie sind in Ravensburg geboren und aufgewachsen. Die Stadt ist für ihre Türme, Spiele und die hohe Lebensqualität bekannt. Berlin steht eher für Tempo, Politik und Chaos. Was war für Sie die größte Umstellung?**

Unterschätzen Sie die Schnelligkeit der Schwaben nicht. Wir verbinden diese mit Perfektion. Insofern liegt mir wohl das Chaos am wenigsten.

**Rostbraten, Kässpätzle, Brezeln – welche Gerichte in Berlin können diese Spezialitäten am ehesten für Sie ersetzen?**

Bekanntermaßen leben ja sehr viele Schwaben in Berlin. Insofern ist für ausreichend Kässpätzle und Brezeln etc. gesorgt. Glücklicherweise hat der Bäcker bei uns um die Ecke auch schwäbische Seelen, sodass der späte Samstagvormittag gerettet ist. Am ehesten kann all dies in Berlin durch Currywurst und Wiener Schnitzel ersetzt werden.

**Berlin und das Gesundheitswesen haben eines gemeinsam: Beide stehen oft vor großen Herausforderungen. Hilft Ihnen Ihre oberschwäbische Prägung, effiziente und pragmatische Lösungen zu finden?**

Ganz bestimmt hilft das. Dazu kommt natürlich noch ein Stück Beharrlichkeit, da manche Lösung im Gesundheitswesen leider eines zweiten und dritten Anlaufs bedarf. ✨

**Ravensburg gilt als Stadt der Türme und ist Geburtsort von Dr. Sybille Steiner.**



Aus Düsseldorf am Rhein stammt Dr. Andreas Gassen.



## Dr. Andreas Gassen:

**Was war für Sie als Rheinländer aus Düsseldorf die größere Umstellung beim Wechsel nach Berlin: das Wetter, die Mentalität oder der fehlende Karneval?**

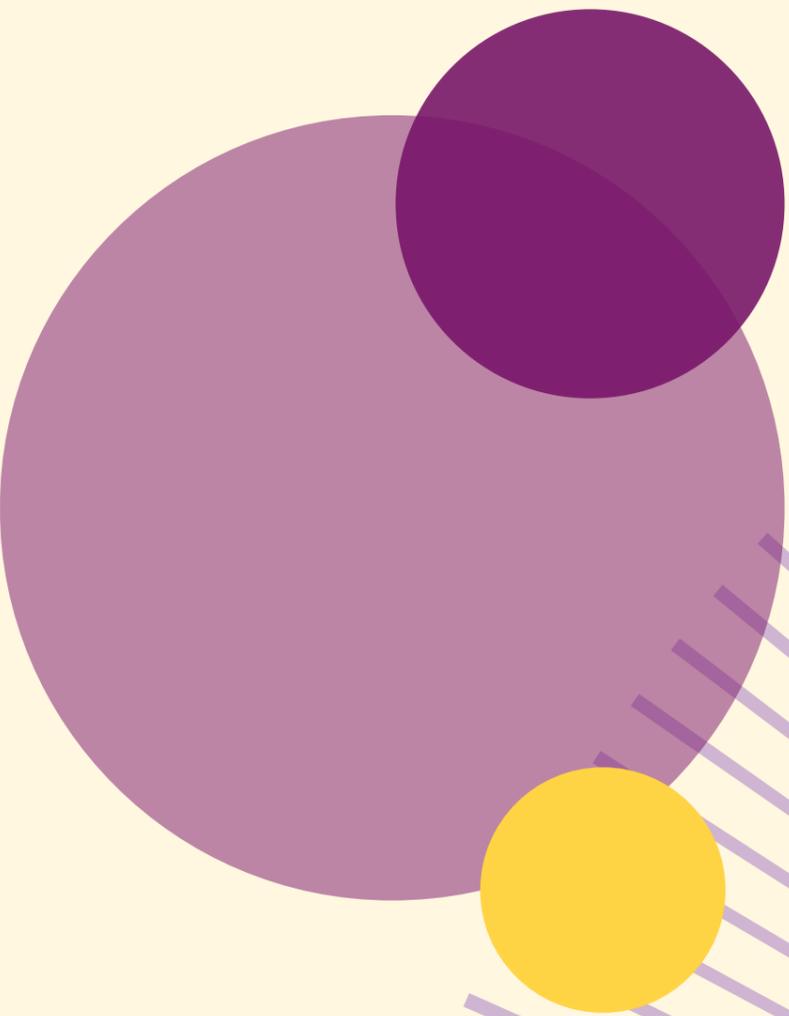
Auch wenn das ketzerisch klingen mag: Den Karneval vermissen ich am wenigsten. Bezüglich der Berliner Mentalität hilft es, Rheinländer zu sein. Die „Berliner Schnauze“ wirkt auf Außenstehende mitunter weniger direkt als vielmehr unhöflich. Rheinländer sind da tolerant und in der Regel auch nicht auf den Mund gefallen.

**Gibt es aus Ihrer Sicht etwas, das die Schwaben oder Badener von den Rheinländern lernen könnten? Oder andersherum: Was sollten die Rheinländer auf keinen Fall von den Schwaben übernehmen?**

Ich glaube, der Rheinländer kann ganz gut auch mal Fünfe gerade sein lassen. Das ist die sprichwörtliche rheinische Gelassenheit. Im Rheinland ist man sehr tolerant – außer wenn es ums Bier geht, da muss man sich entscheiden: Alt oder Kölsch. Schwaben und Badener gelten gemeinhin als fleißig, sparsam, effizient und manchmal detailverliebt. Zusammenfassend sind das in beiden Fällen durchaus positive Tugenden, die insgesamt leider immer seltener werden.

**„Et hätt noch emmer joot jejang“. Bei welchen Problemen im Gesundheitswesen halten Sie sich an diesen rheinischen Grundsatz?**

Das kann angesichts der Gesundheitspolitik der letzten Legislatur allenfalls als Selbstberuhigung erhalten. Es gibt Handlungsdruck im Gesundheitswesen, allerdings für systemverbessernde Reformen, nicht für destruktiv-erratisches Vorgehen. Rheinländer werden immer misstrauisch, wenn Leute für sich reklamieren, es besser als alle anderen zu wissen. Da greift dann Artikel 9 des „Kölschen Grundgesetzes“: Wat soll dä Kwatsch? ✨



**Morgen**



# Visionen für die Zukunft

Dr. Karsten Braun und Dr. Doris Reinhardt, die Vorstände der KVBW, blicken in die Zukunft. Ein Gespräch über Künstliche Intelligenz (KI), neue Rollenbilder, das Arzt-Patienten-Verhältnis von morgen – und warum wir auch in 25 Jahren nicht ganz ohne menschliche Nähe auskommen werden.

**Es ist das Jahr 2050. Was denken Sie, wie wird eine typische „Patientenreise“ in der ambulanten Versorgung dann aussehen?**

**Braun:** Die KI könnte gravierende Änderungen bringen, weil heute schon absehbar ist, dass sie viele Bereiche ärztlicher Tätigkeit übernehmen wird. Viele Arztkontakte könnten entbehrlich werden, weil der Erstkontakt durch die KI erfolgen wird und diese dann klug genug sein könnte, weitere Untersuchungen zu veranlassen, die dann gar nicht in der Arztpraxis stattfinden, sondern in einem Diagnostikcenter – supermarketähnlich. Die Daten fließen von dort in die KI und dann erst kommt die nächste Versorgungsstufe, etwa ein Facharztbesuch.

**Reinhardt:** Ich denke oft an meine Kinder, wie selbstverständlich die mit Technik umgehen. Für meine Enkel wird es völlig normal sein, dass eine KI sagt: ‚Du hattest heute Nacht eine Herzrhythmusstörung, willst du das abklären lassen?‘ Die Patientenreise beginnt dann nicht mehr mit einem Symptom, sondern mit einem Datensatz. Es ist faszinierend, aber auch beunruhigend. Wo bleibe ich da als Mensch? Wenn ich alt bin, bin ich eine Bedürftige. Ich hoffe, jemand erkennt mich noch als solche, nicht nur als Datensatz.

**Wird die ambulante Versorgung im Jahr 2050 weiterhin überwiegend durch die GKV finanziert, oder sehen Sie andere Modelle?**

**Reinhardt:** Ein solidarisch finanziertes System ist fair, aber nicht effizient genug. Allein die Medienbrüche im Praxisalltag sind eine Zumutung. Mein

Mann etwa wünscht sich ein System, das ihn ans Impfen erinnert – per Handy, nicht per Anruf in der Praxis. Doch davon sind wir noch meilenweit entfernt.

**Braun:** Ich glaube, dass wir uns das heutige System in seiner jetzigen Form nicht mehr leisten können. Die demografische Entwicklung und medizinische Innovationen treiben die Kosten enorm. Wir werden uns überlegen müssen, ob wir uns eine solidarisch finanzierte Vollversorgung leisten können oder ob wir stärker differenzieren. Vielleicht erleben wir eine Umstellung auf staatliche Modelle oder eine marktwirtschaftliche Öffnung, in der Leistungen stärker kostenadaptiert vergütet werden. Beides ist denkbar.

**Reinhardt:** Die Einsatzmöglichkeiten der KI sind sehr machtvoll, deshalb brauchen wir eine Gesellschaft, die sich damit ethisch auseinandersetzt. Nicht alles was machbar ist, wird auch zu jedem Zeitpunkt erforderlich sein. Es braucht gestufte Diagnostik, informierte Bürgerinnen und Bürger. Wir brauchen einen gesellschaftlichen Konsens darüber, wie wir leben und was wir uns leisten wollen.

**Wie wird 2050 über die Sicherstellung diskutiert?**

**Reinhardt:** Ich hoffe, gar nicht mehr. Weil wir endlich ein System geschaffen haben, das die Versorgung nicht als etwas sieht, das irgendwie „sicher gestellt“ werden muss, sondern als etwas, das selbstverständlich funktioniert. Heute reden wir ständig über Mangel: zu wenige Ärztinnen, zu wenig Zeit, zu wenig Geld. Vielleicht denken wir 2050 vom Patienten her: Was braucht er? Wie kann er es bekommen?

**Braun:** Die Diskussion wird sich deutlich verändern, weil die Versorgung viel stärker technologiegestützt sein wird, weniger ortsgebunden, weniger personenbezogen. Es geht dann nicht mehr um



Dr. Karsten Braun,  
LL. M.

**„Es geht nicht mehr um Arztsitze pro Planungsbereich, sondern um Versorgungskapazitäten, unabhängig davon, ob diese digital, hybrid oder physisch abgerufen werden.“**

Arztsitze pro Planungsbereich, sondern um Versorgungskapazitäten, unabhängig davon, ob diese digital, hybrid oder physisch abgerufen werden. Die Diskussion verschiebt sich von „Wo ist wer?“ hin zu „Was wird wo wie angeboten?“ und „Welchen Preis hat die Leistung?“.

**Welche weiteren Gesundheitsberufe für die Behandlung von Patienten wird es aus Ihrer Sicht geben?**

**Braun:** Ich glaube, dass wir mit den vorhandenen Gesundheitsberufen ganz gut aufgestellt sind. Man wird Aufgaben und Funktionen umverteilen. Der Trend geht dahin, dass die medizinischen Assistenzberufe mehr Eigenverantwortung übernehmen werden, insbesondere in der Rolle von Physician Assistants.

**Wird es noch die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geben?**

**Reinhardt:** Ich glaube, wir denken künftig eher in Versorgungsräumen als in klassischen Sektoren. Und wir werden Ressourcen effizienter nutzen – statt 20 Praxen mit selten genutztem Ultraschallgerät vielleicht ein gemeinsames Diagnostikzentrum.

**Welche Rolle werden die KVen 2050 spielen?**

**Braun:** Vielleicht haben wir dann keine 17 KVen, aber einige auf jeden Fall, weil es weiterhin Spielregeln geben wird. Daher braucht es Menschen mit Sachverstand, die diese Spielregeln anwenden und überwachen. Und das macht die Selbstverwaltung besser als der Staat.

**Reinhardt:** Solange es Föderalismus und Finanzämter gibt, wird es auch KVen geben. Regulatorik ist nicht vollständig automatisierbar. Es braucht ein Gegengewicht zur Technik, eine Art Instanz. Und wenn die Finanzämter automatisiert digitalisiert sind, dann können wir über KV reden.

**Kommen wir zur KVBW. Was wird die wichtigste Eigenschaft sein, über die Mitarbeitende im Jahr 2050 verfügen sollten?**

**Reinhardt:** Teamfähigkeit. Die Frage ist: Welche Skills brauchen Mitarbeitende, wenn automatisierte Prozesse entlasten? Die Technik wird uns vieles abnehmen – aber das Zwischenmenschliche bleibt. Spannend wird, wie wir es schaffen, dass der Mensch in diesen Prozessen einen Mehrwert darstellt.



Dr. Doris Reinhardt

**„Ein solidarisch finanziertes System ist fair, aber nicht effizient genug. Allein die Medienbrüche im Praxisalltag sind eine Zumutung.“**

*Braun:* Technikaffinität, gepaart mit einer Haltung, die Technik nicht unreflektiert übernimmt, sondern souverän einsetzt. Wir müssen die Technik nutzen, ohne von ihr benutzt zu werden. Das bedeutet: Die Mitarbeitenden müssen bereit sein, Verantwortung zu übernehmen, Entscheidungen zu bewerten – und im Zweifel auch gegen eine technische Empfehlung zu argumentieren.



Dr. Doris Reinhardt

**„Ich hoffe, dass wir es uns weiterhin leisten werden, Bedürftigen menschlich und sozial zu begegnen.“**

**Schauen wir in die nahe Zukunft: Eine Expertenkommission soll 2026 Reformen für das Gesundheitswesen vorbereiten. Was gehört ganz oben auf die Agenda?**

*Braun:* Wir brauchen eine Form des Gesundheitssystems, die sicherstellt, dass einerseits Patienten Leistungen nach den heutigen Standards bekommen und andererseits die Leistungserbringer auch adäquat bezahlt werden. Die extrem leistungsfähige ambulante Versorgung sollte stärker als bisher in den Blick genommen werden.

*Reinhardt:* Es braucht einen ehrlichen Umgang mit den Ressourcen und der Frage, wofür wir diese verwenden wollen. Darüber sollte eine Kommission eine Debatte anstoßen.

**Abschließend: Welche eine Veränderung wünschen Sie sich am meisten für die ambulante Versorgung 2050?**

*Braun:* Ich wünsche mir vor allem, dass die Entwicklung nicht dazu führt, dass das persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis ausgehöhlt wird. Ich halte die vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient für wesentlich und nicht durch Algorithmen zu ersetzen.

*Reinhardt:* Ich hoffe, dass wir es uns weiterhin leisten werden, Bedürftigen menschlich und sozial zu begegnen. Dass wir Bedürftigkeit sehen – auch wenn jemand nicht darum bittet. Und dass wir beziehungsfähig bleiben, auch in einem System, das scheinbar auf Autonomie setzt. ✨

Dr. Karsten Braun,  
LL. M.

**„Ich halte die vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient für wesentlich und nicht durch Algorithmen zu ersetzen.“**



Die BD Freiburg umfasst zwei Gebäude: Der flache Altbau (links) wird abgerissen, das rechte Gebäude saniert.



Zwei unterschiedlich hohe Gebäude mit großen Fensterflächen – so soll die Freiburger Verwaltung nachher aussehen.

## Ein Ort für Zukunft und Zusammenarbeit

Am Standort Freiburg baut die KVBW gemeinsam mit der Bezirksärztekammer Südbaden (BÄK) ein neues Verwaltungsgebäude.

Mit dem Neubau des Verwaltungsgebäudes werden die baulichen Voraussetzungen für moderne Arbeitswelten und eine nachhaltige Weiterentwicklung der regionalen Präsenz geschaffen. Auf Beschluss der Vertreterversammlungen der KVBW und der BÄK entsteht ein Ort für Mitglieder und Mitarbeitende, der zur Stärkung der dezentralen Struktur beiträgt.

### Hintergrund und Zielsetzung

Auslöser für die Neubaupläne war der erhebliche Sanierungsbedarf der bestehenden Gebäude aus den Jahren 1965 und 1983 mit zusammen rund 7.500 Quadratmetern Fläche. Gleichzeitig ist der Bedarf an Büro- und Konferenzräumen deutlich gewachsen. Der Altbau von 1965 wird vollständig abgerissen, der Erweiterungsbau von 1983 komplett entkernt, energetisch saniert und funktional neu strukturiert. Nach Abschluss des Teilneubaus wird das Gebäude eine Gesamtnutzfläche von etwa 10.500 Quadratmetern bieten.

### Nachhaltigkeit

Das Thema Nachhaltigkeit spielt bei Planung, Um- und Neubau eine große Rolle. Für die Bauausführung ist eine Zertifizierung im Level „Gold“ der Deutschen Gesellschaft für Nachhaltiges Bauen (DGNB) vorgegeben. Die Zertifizierung basiert auf

einem ganzheitlichen Nachhaltigkeitsverständnis, das Umwelt, Mensch und Wirtschaftlichkeit einbezieht. Auch ein Qualitätssiegel Nachhaltiges Gebäude und eine Zertifizierung als fahrradfreundlicher Arbeitgeber werden angestrebt.

### Interimslösung

Die Bauarbeiten werden Mitte 2026 beginnen. Die Mitarbeitenden werden während der Bauphase interimsmäßig in Büroräumen in der Munzinger Straße 1 und 5 im Industriegebiet Haid untergebracht.

### Moderne multifunktionale Räume

Flexible und gleichzeitig attraktive Arbeitsformen werden immer wichtiger. Die neuen Büro- und Konferenzräume sollen alle Anforderungen hinsichtlich eines modernen Multispace-Konzeptes erfüllen, wie die vielseitige Nutzbarkeit des Raums. Neben den Büroräumen lag allen Projektbeteiligten auch die Gestaltung des Konferenzbereichs am Herzen. Der Entwurf der SCOPE Architekten GmbH Stuttgart gibt klare Linien vor: Großzügige, helle Foyers mit viel Lichteinfall und multifunktionale Räume geben dem Gebäude eine Struktur, wie sie bislang in keinem Verwaltungsgebäude der KVBW vorzufinden ist. Ziel ist, den Beschäftigten und Mitgliedern bis zum Jahr 2029 attraktive Arbeitsplätze und Konferenzräume anbieten zu können. ✨

# „Ich gehe an das Amt mit Demut“

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat uns kurz nach Amtsantritt verraten, was sie antreibt, was sie umsetzen will und warum die Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für sie eine zentrale Rolle spielt.



## Frau Warken, was war Ihre erste Reaktion, als Sie von der Nachricht erfahren haben?

Freude über den Vertrauensbeweis. Aber auch Respekt vor der Aufgabe. Ein Ministeramt zu übernehmen, ist eine große Herausforderung. Ich gehe an das Amt mit großer Demut heran. Unsere Entscheidungen haben unmittelbar Einfluss auf das Leben der Menschen. Das ist mir sehr bewusst.

## Was hat Sie persönlich motiviert, das Gesundheitsressort zu übernehmen?

Mein Selbstverständnis als Politikerin in dieser Regierung. Ich möchte dazu beitragen, dass unser Land wieder besser funktioniert. Auch in der Gesundheitsversorgung. Dass die Menschen einen Arzt finden, dass sie Medikamente bekommen, dass

sie von Pflege nicht überfordert werden, dass es eine Apotheke um die Ecke gibt. Und dass sie ein Krankenhaus finden, in dem sie gut behandelt werden.

## Was denken Sie, was die größte Veränderung sein wird, wenn Sie plötzlich vom Abgeordnetenstatus auf die Regierungsbank wechseln?

In mehrfacher Hinsicht die Perspektive... Im Ernst: Im Kabinett sind die Gestaltungsmöglichkeiten natürlich größer. Aber ich weiß auch, wer am Ende entscheidet. Das ist das Parlament – unser Souverän.

Sie kommen wie unser Vorstandsvorsitzender Dr. Karsten Braun aus dem Main-Tauber-Kreis, einer eher ländlichen Region. Wie beabsichti-

## gen Sie die Perspektive eines Flächenlandes ins Gesundheitssystem einzubringen?

Die Bürgerinnen und Bürger aus meinem Wahlkreis können erwarten, dass ich ihre Probleme sehr wohl kenne und zu lösen versuche. Gute Gesundheitsversorgung zeigt sich nicht nur in einer Hauptstadt, sondern auch und gerade auf dem Land. Mein Anspruch ist eine flächendeckend gute Versorgung für ganz Deutschland. Und die erreicht dann auch den Main-Tauber-Kreis.

## Welches Vorhaben im Gesundheitswesen wollen Sie als Erstes auf den Weg bringen?

Die Vorhaben würde ich ungerne priorisieren. Denn das würde bedeuten, die eine Aufgabe wichtiger zu nehmen als die andere. Prinzipiell geht es darum, eine Balance zu finden: Das System muss bezahlbar bleiben, es muss effizienter werden. Und gleichzeitig müssen wir natürlich die Menschen mitnehmen, die dieses System tragen: Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte – im Krankenhaus und natürlich in der Praxis.

## Als Bundestagsabgeordnete sind Sie zwischen Berlin und Ihrem Heimatort sicher viel gependelt. Wird sich Ihr Lebensmittelpunkt jetzt ganz in die Hauptstadt verlagern?

## Mein neues Amt wird mich sicherlich stark in Beschlag nehmen. Aber meine Familie wird nicht zu kurz kommen. Und mir ist meine Heimat wichtig. Mein Dienstsitz ist Berlin. Mein Lebensmittelpunkt bleibt meine Familie.

Mein neues Amt wird mich sicherlich stark in Beschlag nehmen. Aber meine Familie wird nicht zu kurz kommen. Und mir ist meine Heimat wichtig. Mein Dienstsitz ist Berlin. Mein Lebensmittelpunkt bleibt meine Familie.

## Welche Rolle spielt in der politischen Agenda die Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Ihrer politischen Agenda?

Die Praxis um die Ecke und der Hausarzt als erster Ansprechpartner bleiben Herzstück unserer Gesundheitsversorgung. Das haben wir mit dem Koalitionsvertrag noch einmal festgeschrieben. Wir müssen Strukturen finden, um die Terminvergabe noch besser zu organisieren. Das geht nur im Dialog miteinander, nicht allein durch neue Gesetze.

## Wenn Sie einen Wunsch für die nächsten 25 Jahre ambulante Versorgung äußern dürften – wie würde der lauten?

Dass die Arztpraxis nicht zum Auslaufmodell wird. Wir brauchen den Ansprechpartner vor Ort für unsere Gesundheit. ✨

Nicht nur bei der Stallwächterparty in der baden-württembergischen Vertretung hatten die KVBW-Vorstände schon Gelegenheit, sich mit Nina Warken auszutauschen.

## Nina Warken

geboren am 15. Mai 1979 in Bad Mergentheim, verheiratet, drei Söhne

1998: Abitur am Matthias-Grünewald-Gymnasium Tauberbischofsheim

1999: Eintritt in die Junge Union Deutschlands

2000: Eintritt in die CDU

2006–2014: stellvertretende Bundesvorsitzende der Jungen Union

seit 2001: Mitglied im Kreisvorstand der CDU Main-Tauber

seit 2004: Mitglied im Stadtrat der Kreisstadt Tauberbischofsheim

2014–2019: Mitglied im Kreistag des Main-Tauber-Kreises

2006: Zulassung als Rechtsanwältin mit Schwerpunkten u. a. Sozialrecht und allgemeines Zivilrecht, Verwaltungsrecht

seit 2013: Mitglied des Bundestages

seit 2021: parlamentarische Geschäftsführerin der Bundestagsfraktion

seit 2023: Generalsekretärin der CDU Baden-Württemberg



# Willkommen im Jahr 2050: So geht ambulant morgen

Das Gesundheitswesen weist eine hohe Strukturkontinuität auf und passt sich laufend an neue Herausforderungen an. Grund genug für Dr. Dominik v. Stillfried vom Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung, ein optimistisches Szenario zu entwerfen.



Dr. Dominik von Stillfried

Versetzen wir uns ins Jahr 2050. Wir haben dann einige schmerzhaft Anpassungsprozesse hinter uns gebracht: Wir haben uns an ein Primärarztssystem gewöhnt. Dessen Einführung fiel in eine schwierige Zeit. Zum einen begrenzte ein nachhaltiger Anstieg der Verteidigungsausgaben den Finanzrahmen für die Sozialversicherung. Die gesetzlich Versicherten mussten nun entweder den Vorgaben des Primärarzt-systems folgen oder privat zuzahlen. Zum anderen waren rund 30 Prozent der Praxisinhaber über 60 Jahre alt, die Hälfte davon über 65. In Verbindung mit Regulierung, mangelhafter Digitalisierung und engen Budgetgrenzen drohte ein Praxissterben. Zugleich stieg der Versorgungsbedarf, weil die Babyboomer sämtlich ins Ruhestandsalter kamen und die Medizin ambulant wurde. Nur die beherzte Förderung der Weiterbildung in den Praxen für Haus- und Fachärzte, eine Vergütungsreform, eine Niederlassungsprämie sowie Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Regionen stoppten das Aussterben der Praxen in der Fläche.

Mit Einführung des Primärarzt-systems und der elektronischen Patientenakte (ePA) veränderte sich die Arbeit in den Praxen schnell. Zuerst stieg der Druck auf die Hausarztpraxen enorm an, denn die zuvor an große Freiheiten gewöhnten gesetzlich Versicherten mussten sich nunmehr längerfristig an eine Praxis binden, die für sie die Koordination der medizinischen Versorgungsprozesse übernehmen sollte. Patienten waren darin geübt, häufig in die Praxen zu kommen, sodass die rund 50.000 Hausärzte anfänglich 50 Prozent bis 100 Prozent mehr Fälle bewältigen und erheblich mehr Zeit für die Koordination weiterführender Behandlungsprozesse aufwenden mussten.

Der drohende Kollaps der Hausarztpraxen wurde abgewendet, indem die Vergütung vom Arztkontakt gelöst und die Betreuung der Patienten stärker digitalisiert wurde. Kommunikation zwischen Praxis und Patienten wurde stärker auf digitale Messenger verlagert. Grundlage war die ePA-App, ergänzt durch Telemedizin: Telemo-

onitoring chronisch Kranker sowie Telefon- und Videokontakte, wo asynchrone Kommunikation per Messenger nicht ausreichte. Neben der Weiterbildung in Hausarztpraxen wurde die Ausbildung von Physician Assistants (PAs) und deren Einsatz in Hausarztpraxen gefördert. Schnell entstanden größere Praxiseinheiten auch mit Filialstandorten, an denen oft ein PA anwesend war. Entscheidend war das Konzept der Koordinationspraxis (KP), die in der ePA und auf der Versichertenkarte hinterlegt war. Dort liefen erstmalig alle Informationen zum Patienten zusammen. Die KP rückten somit ins Zentrum eines Netzwerks der medizinischen Einrichtungen, die an der Behandlung der an diese KP gebundenen Versicherten beteiligt waren.

Schließlich war diese Entwicklung nur möglich, weil trotz knapper Kassen aus Mitteln des Struktur-fonds nicht nur in den Personalaufbau investiert wurde. Auch die gesamte Praxissoftware wurde binnen weniger Jahre revolutioniert, weil Praxen hohe Förderbeträge für den Einsatz leistungsfähigerer, arbeitssparender Software bekamen, mit der die Vorzüge der digitalen Patientenbetreuung auf Basis der ePA schnell genutzt werden konnten. Dies revolutionierte auch die Steuerung der fachärztlichen Weiterbehandlung.

Zeitaufwendige Terminbuchungen wurden durch die digitale Vermittlungsplattform Fast-Track der Kassenärztlichen Vereinigungen ersetzt: Die KP stellten ihre Patienten dort inklusive medizinischem Summary und der klinischen Fragestellungen ein, Fachärzte konnten diese Anfragen mit Zustimmung der Patienten zur Weiterbehandlung übernehmen. Durch digitale Kommunikation auf ePA-Basis entfiel insbesondere für bekannte Patienten ein Großteil der Anlässe zur persönlichen Vorstellung in der Praxis, auch weil in Regionen mit weiten Fahrtwegen fachärztliche Untersuchungen auf Veranlassung des Facharztes auch in KP durchgeführt und Ergebnisse zur Befundung digital übermittelt werden konnten.

Ab Mitte der 2030er Jahre wurde die ambulante Versorgung nicht mehr als Sammelsurium einzel-

Die Kommunikation zwischen Praxis und Patient könnte 2050 über digitale Messenger laufen, etwa eine ePA-App.



ner Praxen wahrgenommen, sondern als ein Kompetenz-Netzwerk in enger Kooperation. Verstärkt wurde dies dadurch, dass zur Entlastung der KP für die von Patienten subjektiv als dringlich eingeschätzten Bedarfe ein weitgehend digitalisiertes Beratungsangebot geschaffen wurde, welches sich aus der früheren zentralen Telefonnummer für den Bereitschaftsdienst (116117) entwickelt hatte. Schon in 2020er Jahren waren digitale Endgeräte (damals: internetfähige Computer oder Smartphones) in über 95 Prozent der Haushalte verfügbar, sodass für eine Mehrheit der Patienten der Praxiskontakt bereits auf digitalem Wege begann.

Gesetzlich waren die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, 24/7 für alle akuten Hilfesuche der Patienten erreichbar zu sein und den Hilfesuchenden in der gebotenen Dringlichkeit ein angemessenes Versorgungsangebot zu vermitteln. Schon in den 2020er Jahren wurde hierbei sowohl zu Praxisöffnungs- wie zu Bereitschaftsdienstzeiten mehr auf Telemedizin gesetzt. Mit Einführung des Primärarzt-systems diente die 116117 vor allem zur Beratung der Patienten, ob diese berechtigt eine Notfallversorgung beanspruchten, ob ein persönlicher oder telemedizinischer Praxiskontakt erforderlich oder ob auch eine Selbstbehandlung ausreichend war. Wer eine Praxis aufsuchen musste, wurde mit dem Beratungsprotokoll in den Terminkalender seiner KP gebucht oder auf deren Anraten an eine Facharztpraxis vermittelt. Was anfänglich komplex erschien, entwickelte sich binnen weniger Jahre zu einem reibungslosen digitalen Workflow.

Durch im Rückblick gute Entscheidungen wurde immer wieder das drohende Chaos vermieden, vor dem Pessimisten wortreich gewarnt hatten. Heute, im Jahr 2050, erscheint die Idee, Praxiskontakte zu zählen, ganz und gar ungewöhnlich. Seit vielen Jah-

ren sind die Patienten permanent digital mit ihrer KP verbunden. Sie senden mittels ihrer DB (Digi-Brille) laufend medizinische Daten an ihre ePA und so an die KP. Fragen der Patienten zu Symptomen oder laufenden Behandlungsprozessen werden, wenn sie nicht durch das allgemeine Sprach-Infosystem der ePA oder der 116117 beantwortet werden können, automatisch der KP vorgelegt, deren Antwort in die DB (Digi-Brille) eingeblendet oder vom IE (Innenohr-Empfänger) vorgelesen wird.

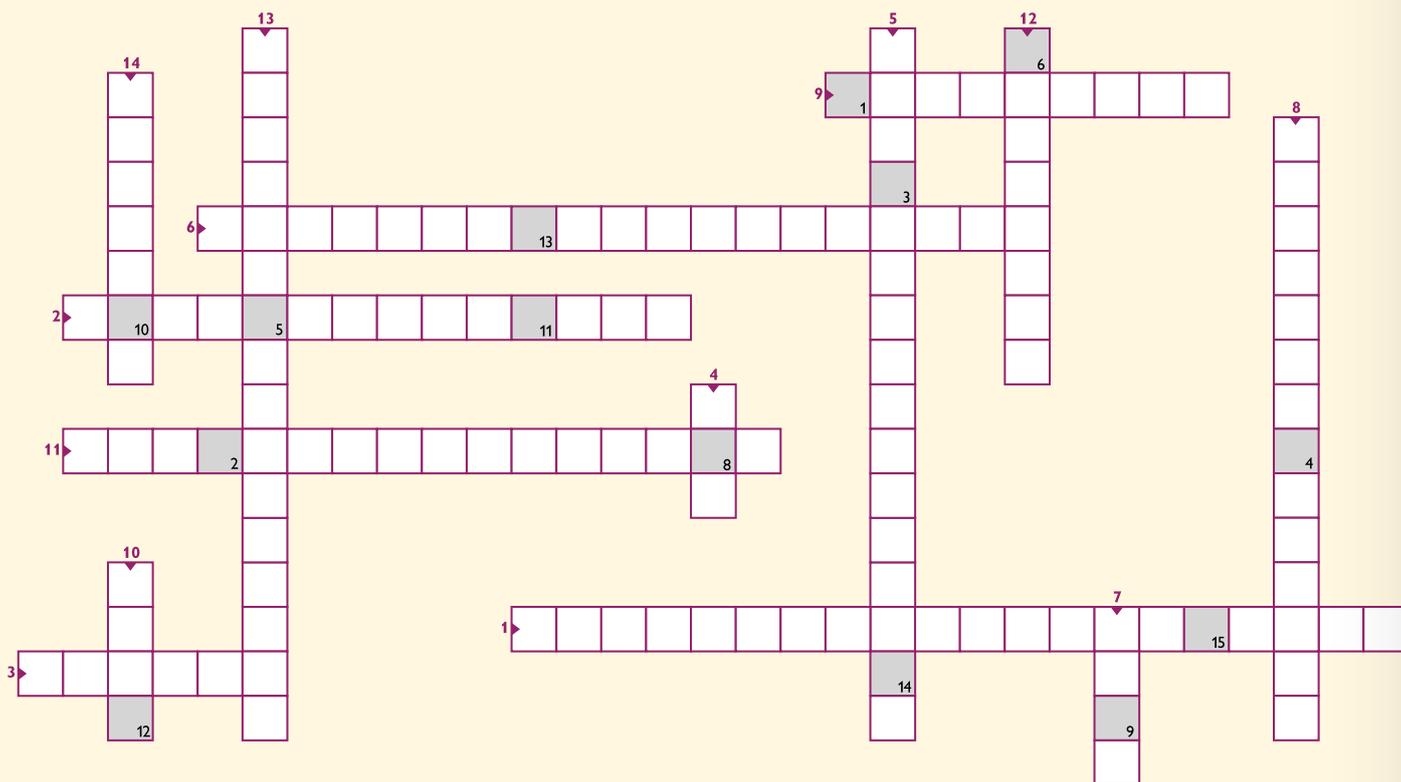
Ändern sich relevante Indikatorwerte in den laufenden Auswertungsroutinen der ePA oder liegt ein 116117-Kontakt vor, empfängt die KP Warnhinweise. Sollte – selten genug – eine persönliche Präsenz notwendig werden, lässt die Praxis durch die ePA einen Präsenzrequest in den persönlichen Terminkalender des Patienten buchen.

Was die Patienten schätzen: Im Präsenzfall haben Team und Ärzte der KP oder der Facharztpraxis viel Zeit für den Austausch von Mensch zu Mensch. Niemand findet sich mehr in Praxisräumen ein, der nicht bestellt oder aufgrund akuter Symptome dorthin triagiert wurde. Das aus früheren Jahrzehnten berichtete Gedränge in Warteräumen ist Geschichte.

Übrigens: Während die ehemaligen Kassenärztlichen Vereinigungen heute Koordinations-Vereinigungen heißen und aus dem Management der medizinischen Infrastruktur nicht wegzudenken sind, gibt es die vor 25 Jahren scheinbar unverzichtbaren Krankenhäuser nicht mehr. Die verbliebenen Einrichtungen heißen jetzt EICC (Emergency and Intensive Care Centres) und sind – wie alle Einrichtungen der medizinischen Versorgung – fester Bestandteil des ePA-Netzwerks. Ohne digitale Anmeldung führt kein Weg hinein. ✨

# Tippen, tüfteln, triumphieren

Wie gut kennen Sie die KVBW und deren Aufgaben? Machen Sie mit bei unserem Kreuzworträtsel und finden Sie das Lösungswort. Als Hauptgewinn lockt ein Wochenende in Berlin.



1	2	3	4	5	6	J	8	9	10	11	12	13	14	15
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----

1. Wer beschließt in der KVBW den Haushalt und die Satzung? 2. Eine Hauptaufgabe der KVBW 3. Welches Ereignis im Jahr 2005 war bedeutend für die KVBW? 4. Mit welchem Förderprogramm unterstützt die KVBW Ärzte und Psychotherapeutinnen bei ihrem Weg in die Niederlassung? 5. Was ist das CoC? 6. Welcher Service kann die Mitglieder dabei unterstützen, zusätzliche Einnahmen zu generieren? 7. Welche Struktur wurde für die Patientenversorgung 2013/2014 reformiert? 8. „Offen“ oder „gesperrt“ sind bei welchem Thema relevant? 9. Welches Angebot der KVBW gilt für alle gesetzlich Versicherten, die ihren Wohnsitz in Baden-Württemberg haben? 10. Diese KVBW-Beratungsstelle fördert die Kooperation mit den Selbsthilfegruppen. 11. Eine Publikation der KVBW 12. Auf diesem Social-Media-Kanal postet die KVBW regelmäßig. 13. Wie heißt die Wanderausstellung, die im Februar in der BD Stuttgart zu sehen war? 14. Seit wie vielen Jahren gibt es die KV im Südwesten?

Macht Ihr Lösungswort Sinn? Dann nehmen Sie gleich unter [www.kvbawue.de/kreuzwortraetsel](http://www.kvbawue.de/kreuzwortraetsel) am Gewinnspiel teil und sichern Sie sich Ihre Chance auf einen der drei Gewinne!

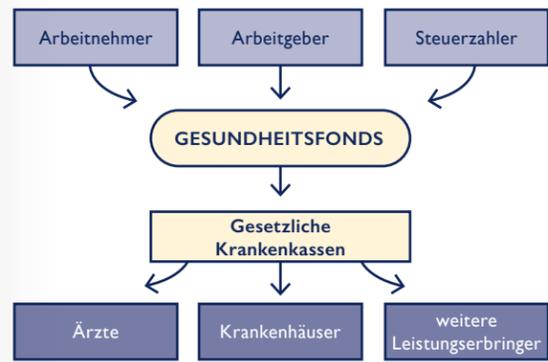
Teilnahmeberechtigt sind Mitglieder und Mitarbeitende der KVBW und der Bereitschaftspraxen. Einsendeschluss ist der 20. Juli 2025.

**Hauptgewinn:** Ein Berlin-Wochenende mit Möglichkeit zur Teilnahme an der KBV-Vertreterversammlung.

**2. Preis:** Ein Abendessen mit dem KVBW-Vorstand – alternativ ein Essensgutschein.

**3. Preis:** Ein Geschenkkorb mit dem Besten aus ganz Baden-Württemberg.

# Chronik, Teil II: 2007 bis heute



## 2008

**Honorarreform:** Die Euro-Gebührenordnung und das Regelleistungsvolumen (RLV = Budgetierung) werden eingeführt. Die Höhe der neuen morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) richtet sich nach dem Behandlungsbedarf der Versicherten.



## 2007

**GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz:** Der Gesundheitsfonds wird eingeführt, der Beitragssatz vereinheitlicht. Von 2009 an soll sich die **Honorarentwicklung** der Vertragsärzte an der **Morbidität** der Versicherten (nicht mehr an Köpfen) orientieren.

## 2008

Einführung eines flächendeckenden Hautkrebs-Screening-Programms deutschlandweit für GKV-Versicherte ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre



## 2015

In Baden-Württemberg wird die 116117 als einheitliche Nummer für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst außerhalb der Sprechzeiten eingeführt.

## 2019

**Terminservice- und Versorgungsgesetz** – Ausbau der **Terminservicestellen (TSS)**. Seit 2020 übernimmt die **KV SiS BW** Sicherstellungs-GmbH als 100-prozentige Tochter der KVBW mit Hauptsitz in Stuttgart die Vermittlung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Terminservice-stelle – 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche.

## 2009

**Erster Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (AOK, HÄV, Medi) in BW:** In der Folge wird die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) der KVBW durch die sogenannte „Bereinigung“ fortlaufend reduziert.

## 2010

**GKV-Finanzierungsgesetz:** Aufgrund der Wirtschaftslage wird der Honorarzuwachs der Vertragsärzte 2011 und 2012 begrenzt.



## 2012–2014

Erste Reform des **Ärztlichen Bereitschaftsdienstes** (damals Notfalldienst) durch die KVBW

## 2014

Start des Niederlassungs-Förderprogramms „Ziel und Zukunft“ (ZuZ) der KVBW

## 2012

**GKV-Versorgungsstrukturgesetz:** Die Honorarverteilung wird wieder als Satzungsrecht der jeweiligen KV festgelegt. Der **regionale Honorarverteilungsmaßstab (HVM)** muss seitdem nur noch im „Benehmen“ (nicht: Einvernehmen) mit den Krankenkassen von der jeweiligen Vertreterversammlung der KV beschlossen werden. In der KVBW gibt es seitdem Zuschläge für **besonders förderungswürdige Leistungen**.



## 2017–2021

Die KVBW initiiert das **Innovationsfondsprojekt „CoCare“** (Coordinated medical Care – erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung): Das Projekt wird über einen Zeitraum von vier Jahren aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert und erfolgreich beendet.



## 2018

Start von **docdirekt**, der telemedizinischen Online-Sprechstunde der KVBW. Die KVBW setzt hierfür als erste KV gemeinsam mit der Landesärztekammer eine Lockerung des Fernbehandlungsverbotes durch.

## 2023

Vorstände der vierten Legislatur in der KVBW: Dr. Karsten Braun, LL. M. und Dr. Doris Reinhardt



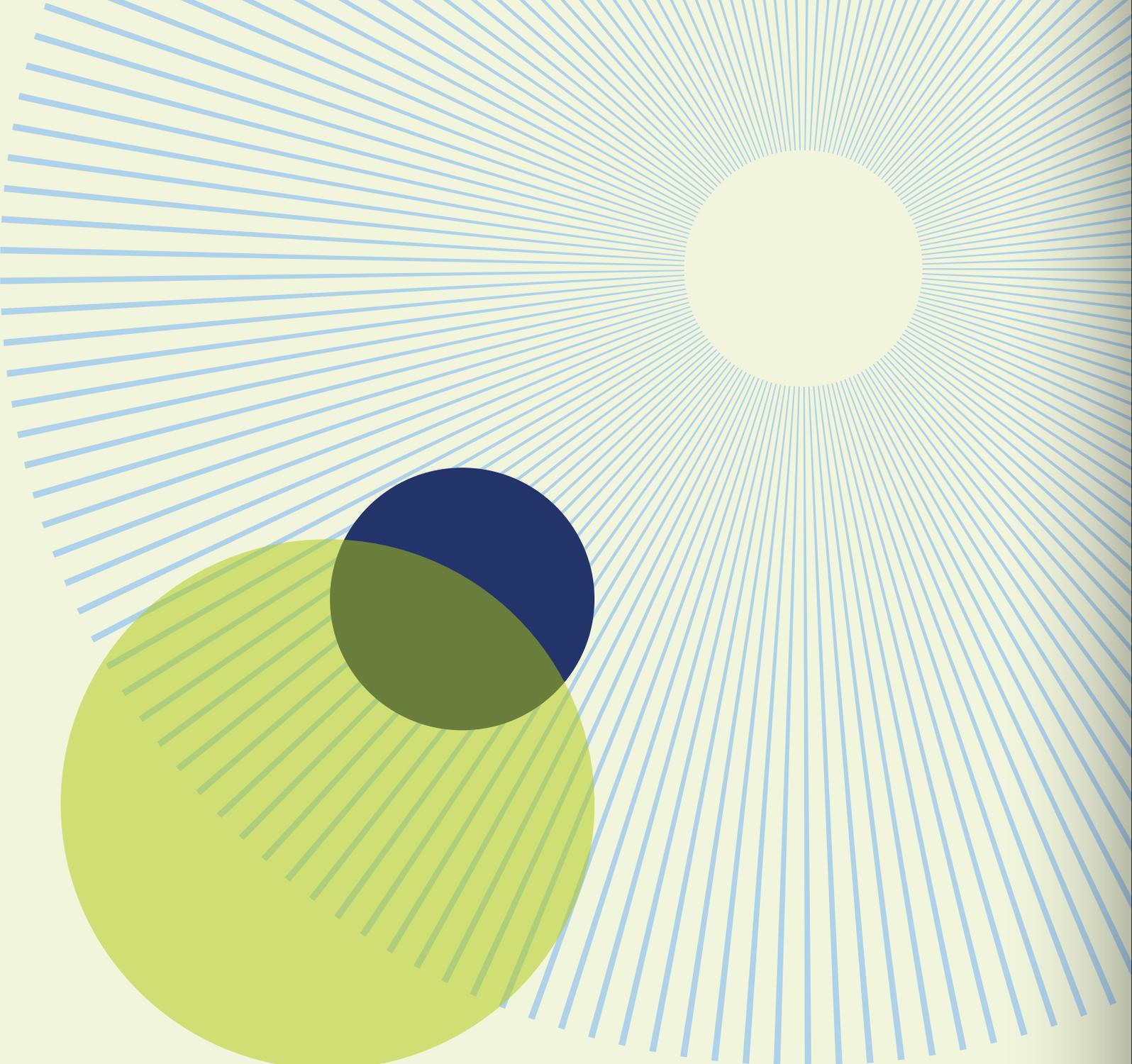
**BSG-Urteil zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst** (Sozialversicherungspflicht „Poolärzte“)

## 2020–2023

Coronapandemie

## 2024–2026

Zweite Reform des **Ärztlichen Bereitschaftsdienstes** durch die KVBW



Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg