

ergo

Inhaltsverzeichnis 3/2025

1

Titelseite

Apotheken gefährden Patienten

Ärztliche Leistungen sollen dort angeboten werden

Kommentar

zum geplanten Apotheken-Gesetz



2

Schwerpunkt

Diskussion über Wahlmodus

Sollen Delegierte online gewählt werden?

Mehr offene Sprechstunden

Gesetzliche Pflicht mit finanziellem Mehrwert



3

Schwerpunkt

Neustart von docdirekt

Digitale Versorgungsplattform jetzt online



4

Gesundheitspolitik aktuell

Explosion der GKV-Kosten

Streit über Reformen im Gesundheitswesen

Demokratie sichern

Was erhält unseren Sozialstaat?



5

Gesundheitspolitik aktuell

Orthopädische Fehlstellungen

Projekt OrthoKids empfiehlt Vorsorgeuntersuchung bei Kindern

Transparenz mit Folgen

Manche Diagnosen in der ePA verunsichern Patienten



6

KVBW - Welt

Versorgung unter Druck

Sicherstellung im Mittelpunkt der KVBW

KVBW im Dialog mit Studenten

Ersti-Veranstaltung in Freiburg



7

KVBW - Welt

„Wir holen das Beste für Sie raus“

Servicetage in Reutlingen und Stuttgart

Beratungstermine online buchen

Neuer Service im Januar verfügbar



8

Unternehmen Praxis

Leitfaden zur Wundversorgung

Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung

Trauer um Dr. Dietsche

Facharzt war langjähriges Mitglied der VV



9

Unternehmen Praxis

Im grünen Bereich

Keine Mehrbelastung in den Notaufnahmen

Reform geht weiter

Auch gebietsärztlicher Bereitschaftsdienst muss angepasst werden



10

Unternehmen Praxis

Veraltete Ausweise

Jetzt Karten tauschen und TI-Zugang sichern

Konnektortausch nötig

Zum 1. Januar 2026 auf neue TI-Konnektoren oder Gateway-Lösungen umsteigen



11

Unternehmen Praxis

Keine elektronischen Hürden

Praxis-Websites müssen barrierefrei sein

Mitgliederportal: Neuer Zugang

Ohne TI und VPN direkt ins Mitgliederportal einloggen



12

Arzt und Therapeut

Aus Fehlern anderer lernen

Fehlerberichtssysteme als QM-Methode

20 Jahre QM

Qualität und Entwicklung in Praxen



13

Arzt und Therapeut

Betriebsärzte auch für Praxen

Betreuungssystem hängt von Größe ab

Alles, was Recht ist

Umgang mit Patienten in der HvZ



14

Arzt und Therapeut

„Musik macht mich fröhlicher“

LÄK-Präsident Wolfgang Miller spielt Orgel

Alles zur Hygiene

Hygienetag im März in der BD Stuttgart



15

Seminare Veranstaltungen

Seminare der Management Akademie

Das Programm



16

letzte Seite

Auszeichnung für Freiburger Arzt

Bundesverdienstkreuz für Dr. Peter Schröder

Organe als Lehrmeister

Neues Buch von Giulia Enders



ergo

JAHRE

JAHRE

Gestern.
Heute.
Morgen.

KVBW



Impfen kann auch zu Komplikationen führen. In der Apotheke fehlt dann die ärztliche Kompetenz.

KOMMENTAR
VON DR. BRAUN



Orientierung
statt Chaos

In Mosbach können Patientinnen und Patienten seit Kurzem im Supermarkt einen „Medical Room“ nutzen, um per Video einen Arzt zu kontaktieren. Betreiber ist ein investorengeführtes MVZ. Das wirkt auf den ersten Blick etwas verrückt, doch solche Konzepte können gerade in ländlichen Gebieten eine sinnvolle Ergänzung sein. Sie bieten aber natürlich weder eine Untersuchung des Körpers noch die Kontinuität einer hausärztlichen Betreuung. Vielleicht helfen sie, Fehlinanspruchnahmen von Notaufnahmen zu reduzieren. Ähnlich verrückte Ideen kommen von der Bundesregierung: Mit dem Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz sollen Apotheken künftig ärztliche Leistungen übernehmen. Das klingt nach Entlastung, ist aber in Wahrheit ein riskantes Experiment. Apothekerinnen und Apotheker verfügen nicht über die medizinische Ausbildung, die nötig ist, um Diagnosen einzuordnen oder komplexe Krankheitsverläufe zu beurteilen. Eine Impfung ist nicht nur ein Pieks, sondern erfordert Abklärung, Aufklärung, Dokumentation und im Notfall medizinische Sicherheit. Während Apotheken neue Kompetenzen erhalten sollen, fehlen gleichzeitig Entlastungen für die ärztliche Versorgung, wie zum Beispiel eine verbindliche Patientensteuerung. Die Politik muss endlich dafür sorgen, dass Patientinnen und Patienten nicht orientierungslos hin- und hergeschoben werden. Ein Beispiel, wie das gelingen kann, ist der Neustart unserer Online-Plattform docdirekt. Dort erhalten Erkrankte eine medizinische Ersteinschätzung zur Dringlichkeit ihrer Beschwerden und eine Empfehlung, was zu tun ist. Genau das ist der richtige Weg: digitale Lösungen, die Orientierung schaffen und die Versorgung koordinieren – statt gesundheitspolitischer Experimente, die mehr Verwirrung als Nutzen stiften.

Ärztliche Leistungen in Apotheken gefährden die Patientensicherheit

Die Pläne der Bundesregierung, bisher ärztliche Leistungen auf Apotheken zu übertragen, werden konkret. Unter dem Wortungetüm „Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz“ hat das Bundesgesundheitsministerium nun einen entsprechenden Gesetzesentwurf vorgelegt.

Der Gesetzesentwurf hat es in sich. Denn wenn es nach dem Willen der Bundesregierung geht, werden die Apotheken Leistungen übernehmen dürfen, die bisher der ärztlichen Tätigkeit zugeordnet sind. Und sie könnten diese Leistungen mit den

Krankenkassen abrechnen. Das betrifft bestimmte Präventionsleistungen, aber auch Impfungen. Die KBV hat gegenüber dem Bund zu den einzelnen Punkten Stellung genommen. Auch der Vorstand der KVBW hat sich öffentlich dazu geäußert. Beide haben deutlich gemacht, dass sie die Pläne ablehnen und keine Verbesserung für die Versorgung erkennen können.

Das ist wohlbegründet. „Wir können nur vor einer weiteren Zersplitterung des Gesundheitswesens warnen“, betonte der KVBW-Vorstandsvorsitzende Dr. Karsten Braun. „Wir schätzen die Arbeit der

Apothekerinnen und Apotheker sehr. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitswesen. Klar ist aber, dass sie keine medizinische Ausbildung haben und damit auch ungeeignet sind, medizinische Leistungen zu erbringen. Wenn Apotheker medizinische Leistungen anbieten, gefährdet das die Patientensicherheit.“

Nach dem aktuell vorliegenden Gesetzesentwurf sollen Apotheken künftig Präventionsleistungen erbringen dürfen, etwa Messungen zu Risikofaktoren wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes. Dr. Doris Reinhardt, stellvertretende

Vorstandsvorsitzende der KVBW, selbst viele Jahre lang als Hausärztin tätig, kann darin keinen Sinn erkennen: „Natürlich könnte ein Apotheker den Blutdruck messen oder auch den Zuckergehalt im Blut bestimmen. Aber wofür? Welche Erkenntnis soll daraus gezogen werden? Die Werte müssen medizinisch eingeordnet, Vorerkrankungen oder laufende Medikationen müssen einbezogen werden. All das liegt in der Apotheke gar nicht vor, dort ist auch nicht die Kompetenz vorhanden, um das zu gewährleisten.“ Gleiches gilt für sie bei Medikationsberatungen.

Fortsetzung auf Seite 2

Kassenärztliche Vereinigung BW, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart
ZKZ 88051, CLASSIC +2, PRESSEPOST, Deutsche Post

docdirekt

Digitale Plattform

Unter der bekannten Marke docdirekt hat die KVBW eine digitale Versorgungsplattform an den Start gebracht. Kranke mit akuten Beschwerden werden digital zur richtigen Behandlungsebene gesteuert. Damit bietet docdirekt 24/7 eine digitale Eingangstür zur ambulanten Versorgung. Die Plattform ist mit dem Dienst der 116117 verknüpft, sodass eine sichere und koordinierte Steuerung unter Berücksichtigung der medizinischen Ressourcen stattfindet.

Mehr auf Seite 3

Jetzt schnell ...

... Karten tauschen

Ab dem 30. Juni 2026 gelten ausschließlich die neuen Verschlüsselungsverfahren für die Telematikinfrastruktur. Hintergrund ist, dass das bisher anerkannte RSA-Verschlüsselungsverfahren für die Praxisausweise (SMC-B) und elektronischen Heilberufsausweise (eHBA) nicht mehr den neuesten Sicherheitsstandards entspricht. Somit müssen sie bis zum 30. Juni 2026 gegen Karten mit einem ECC-Verschlüsselungsverfahren ausgetauscht werden.

Mehr auf Seite 10

Betriebsärzte

Was zu bedenken ist

Auch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen benötigen in ihren Praxen Betriebsärzte. Denn die Aufgaben eines Betriebsarztes kann der Niedergelassene nicht selbst erfüllen. Zum einen würde es dadurch Probleme mit der Schweigepflicht geben. Zum anderen bräuchte er auch die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“. Die wichtigsten Fragen zum Thema Betriebsarzt haben wir zusammengefasst.

Mehr auf Seite 13

Fortsetzung von Seite 1

„Der Apotheker weiß nicht, was der Arzt geraten hat und aus welchen Gründen er welche Medikation ausgewählt hat. Es würde nur zur Verwirrung der Patientinnen und Patienten beitragen, wenn eine zusätzliche Stelle eingeschaltet wird.“

Klar wendet sich der Vorstand auch dagegen, dass Apotheker künftig Schutzimpfungen verabreichen sollen. „Eine Impfung ist eben nicht nur ein Pieks mit einer Spritze. Es muss vorher abgeklärt werden, ob der richtige Zeitpunkt für die Impfung vorliegt, wie sich die Impfung in das Krankheitsgeschehen des Patienten einpasst, welcher Impfstoff angeraten ist bis hin zur Aufklärung des Patienten. Für all das sind Apotheker nicht ausgebildet – vom Umgang mit einem Notfall, der bei einer Spritze immer wieder mal vorkommt, ganz abgesehen.“

Weiter ist vorgesehen, dass Apotheker künftig verschreibungspflichtige Medikamente eigenständig abgeben dürfen, sowohl bei bekannten Dauertherapien als auch bei „unkomplizierten“ chronischen Erkrankungen. Welche Erkrankungen darunterfallen, müsste der Bund noch festlegen. Hier wird tief in die ärztliche Kompetenz eingegriffen. Aus fachlichen Gründen lehnt der KV-Vorstand diese Regelung daher ab.

Die beiden Vorstände vermissen in dem Gesetzesentwurf hingegen Möglichkeiten, bisher den Apotheken vorbehaltene Leistungen auch auf Ärzte zu übertragen. „Eine echte Erleichterung für Patienten wäre es, wenn Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst Medikamente ausgeben dürften. Das Apothekenetz dünnt sich gerade in der Nacht und an den Wochenenden und Feiertagen aus. Wenn Patientinnen und Patienten daher in eine Bereitschaftspraxis kommen oder auch ein Hausbesuch absolviert wird, müssen sie oft weite Wege zurücklegen, um zur nächsten Apotheke zu kommen. Wenn Ärzte nur die zehn wichtigsten Medikamente ausgeben dürften, würde das die Versorgung erheblich verbessern.“

ks

Diskussion über neuen Wahlmodus

Spannende Diskussionen gab es auf der Vertreterversammlung im September, unter anderem zur Frage, ob die Delegierten künftig auch online gewählt werden sollen und zur Idee, das Aufgabengebiet der Apotheker auf ärztliche Leistungen auszuweiten.

VV-Vorsitzender Dr. Thomas Heyer brachte es auf den Punkt: „Wir brauchen dringend Entlastung bei Formularen wie Krankentransportscheinen und anderen bürokratischen Anforderungen. Impfungen oder Verordnungen durch Apotheker brauchen wir nicht.“

KV-Vorsitzender Dr. Karsten Braun berichtete über die abgeschlossenen Honorarverhandlungen. „Mit der aktuellen Erhöhung des Orientierungspunktwertes kommen 1,3 Milliarden Euro mehr ins System.“ Dies sei angesichts der desolaten Finanzsituation der Krankenkassen ein gutes Ergebnis. Braun nahm auch zum Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform Stellung. Unter dem Einfluss der Kommunalpolitik, die um ihre Krankenhäuser fürchtet, drohe die Stringenz der Krankenhausreform zu verwässern, kritisierte Braun. Immerhin werde der Transformationsfonds zum Umbau der Krankenhauslandschaft nun zur Hälfte vom Steuerzahler übernommen. Ursprünglich sollten die 25 Milliarden Euro allein aus den Mitteln der Krankenkassen finanziert werden.

GKV-Finanzlage

„Den Krankenkassen laufen die Ausgaben davon – ein Anstieg von 7,8 Prozent ist erschreckend“, so Braun. Besonders stark sei der Zuwachs im stationären Bereich mit 9,6 Prozent, aber auch die Arzneimittelkosten lägen mit 28,8 Milliarden Euro „erschreckend hoch“. An die Politik appellierte er: „Die



VV-Vorsitzender Dr. Thomas Heyer



Delegierte tagen in Stuttgart.

Krankenversicherungsbeiträge von Bürgergeldempfängern müssen übernommen werden. 45 Milliarden Euro sind mehr, als die gesamte ambulante Versorgung kostet.“

Brief- oder hybride KV-Wahlen

Intensiv diskutiert wurde über die Wahlordnung für die nächsten Wahlen zur Vertreterversammlung 2028. Nach der letzten Wahl hatte die Vertreterversammlung die KV-Verwaltung beauftragt, die Möglichkeit für eine Onlinewahl zu prüfen. Diese ist grundsätzlich möglich. Alternativ könnte auch „hybrid“ gewählt werden. Dann gäbe es zwei Optionen: online oder

Allerdings ist mit dieser ein erheblicher Zusatzaufwand verbunden. Einig waren sich alle, dass das Verfahren für alle Wahlen gleich sein muss – für die Vertreterversammlung sowie die Wahlen der Bezirksbeiräte und die der Psychotherapeuten. Die Diskussion wird im Dezember fortgesetzt, und im März soll entschieden werden.

Gebühr für Krankenkassen beschlossen

Angenommen wurden Anträge, wonach der Vorstand aufgefordert wird, sich dafür einzusetzen, dass Krankenkassen eine Gebühr entrichten müssen, wenn sie

Regressanträge stellen, die zurückgewiesen werden. Ebenso soll der Vorstand prüfen, inwieweit der Fahrdienst im Bereitschaftsdienst durch nicht-ärztliches Personal geleistet werden könnte. Die KV Niedersachsen hat ein entsprechendes Modell umgesetzt. Weiter unterstützen die Delegierten die Forderung der KBV, dass die Begrenzungen für die Förderungen der fachärztlichen Weiterbildungsstellen fallen sollen. Insbesondere soll auch die psychotherapeutische Weiterbildung gefördert werden.

Entbudgetierung beschlossen

Die Vertreterversammlung beschloss auch die konkrete Umsetzung der Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich. Ab 1. Oktober 2025 werden für die psychosomatischen Leistungen sowie die schmerztherapeutischen Leistungen eigene Honorartöpfe gebildet und aus getrennten Vergütungsvolumen finanziert, welche auf Basis der Honorarvolumen aus dem jeweiligen Vorjahresquartal ausgestattet sind. Diese Abkopplung stellt sicher, dass Schwankungen in einzelnen spezialisierten Bereichen keinen Einfluss auf die Vergütung anderer Leistungen nehmen.

ks/mt

Mehr offene Sprechstunden anbieten

Gesetzliche Pflicht mit finanziellem Mehrwert für die Praxis

Seit Jahren ist die offene Sprechstunde für eine Reihe von Arztgruppen Pflicht. Eingeführt wurde sie durch den Gesetzgeber, um die Terminalsituation in den Facharztpraxen zu entspannen. Patientinnen und Patienten bekommen schnell medizinische Hilfe, ohne dass sie einen Termin vereinbaren müssen. Klar ist, dass es dadurch keine zusätzlichen Termine gibt, sie werden nur anders verteilt. Dennoch ist sie lohnend, denn sie bietet eine Möglichkeit, Leistungen außerhalb des Budgets abzurechnen

Wer ist dazu verpflichtet?

Fachärzt und -ärztinnen der Grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung sind verpflichtet, offene Sprechstunden anzubieten. Dazu gehören unter anderem

die Augenheilkunde, Chirurgie, Orthopädie, Frauenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Psychiatrie, Urologie und weitere Fachrichtungen, die zur wohnortnahen Versorgung beitragen. Eine Ausnahme gilt für Ärztinnen und Ärzte, die Schmerztherapie nach GOP 30702 abrechnen. Sie sind in dem betreffenden Quartal befreit.

Der Vorteil für Arzt und Ärztin

Ein großer Vorteil ist die extrabudgetäre Vergütung. Alle Leistungen werden zusätzlich zum normalen Budget bezahlt. Ausgenommen sind lediglich Laborleistungen nach Kapitel 32 EBM. Die Abrechnung erfolgt über die Pseudo-GOP 998730 und die Vermittlungsart 4 im Praxisverwaltungssystem. Die

offene Sprechstunde hilft auch, Notaufnahmen zu entlasten, und zeigt, dass die ambulante Versorgung zuverlässig funktioniert.

Wie viele Stunden sind nötig?

Bei einem vollen Versorgungsauftrag müssen mindestens fünf Stunden pro Woche angeboten werden. Bei reduziertem Versorgungsauftrag verringert sich die Pflicht entsprechend. Die Organisation liegt bei der Praxis. Wichtig ist, dass die gesetzlich geforderte Stundenzahl eingehalten wird. Die offene Sprechstunde darf nicht auf bestimmte Patientengruppen beschränkt werden, sie muss für alle offen sein. In Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren kann flexibel entschieden



Offene Sprechstunden verbessern Patientenversorgung.

werden, welche Ärztin die offenen Sprechstunden übernimmt. Entscheidend ist die Gesamtanzahl der Stunden, die sich nach der Anzahl der Versorgungsaufträge richtet. Die Zeiten müssen öffentlich bekannt gemacht werden – zum Beispiel auf dem Praxisschild, der Praxis-Website, durch einen Aushang oder über den Anrufbeantworter. Ebenso müssen sie der KVBW bekanntgegeben werden, damit sie in der Arztsuche veröffentlicht werden können.

red

Infos zur Meldung und Vergütung:

www.kvbawue.de/tsvg

www.kvbawue.de/praxisdaten-melden/

www.kvbawue.de/pdf3389



Neustart von docdirekt

Digitale Versorgungsplattform ermöglicht bedarfsgerechte Versorgung

Unter der bekannten Marke docdirekt hat die KVBW eine digitale Versorgungsplattform an den Start gebracht. Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden werden digital zum richtigen Behandlungsort gesteuert. Damit bietet docdirekt 24/7 eine digitale Eingangstür zur ambulanten Versorgung.

„Entscheidend ist, dass Patientinnen und Patienten bei akuten Beschwerden rasch eine verlässliche Empfehlung erhalten, was sie tun sollen. Mit docdirekt bieten wir eine digi-

fundierte Empfehlung zur Behandlungsdringlichkeit und zum geeigneten Behandlungsort. Wenn das SmED-Ergebnis eine Behandlung via Videosprechstunde vorsieht, kann sich der Patient direkt zu einer Tele-Ärztin oder einem Tele-Arzt vermitteln lassen.

Die Erfahrungen aus dem telemedizinischen Beratungsdienst im ÄBD haben gezeigt, dass viele Patientenanliegen auch in einer Video- oder Telefonsprechstunde abschließend geklärt werden können.

„Mit docdirekt bauen wir unser te-

kann sich in einer kompakten Schulung dafür qualifizieren. Alle wichtigen Informationen, FAQ-Listen und das Antragsformular zur Teilnahme sind auf der Website der KVBW zusammengestellt. Dort bekommen interessierte Ärztinnen und Ärzte einen Überblick über die Bedingungen für die telemedizinische Beratung zu den Sprechstundenzeiten und den Zeiten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Häufige Fragen zu docdirekt haben wir bereits in diesem Artikel (siehe unten) aufgegriffen.

docdirekt wird weiter ausgebaut

Die KVBW versteht docdirekt als zukunftsorientierten Baustein in einem leistungsfähigen, modernen und mehr und mehr digitalisierten Gesundheitswesen – mit klarem Bekenntnis zur ärztlichen Steuerung und Verantwortung. Die digitale Versorgungsplattform kann perspektivisch um weitere Services und für weitere Nutzergruppen ausgebaut werden.

Erste Erfahrungen

Seit drei Wochen ist die Plattform online, die Abläufe konnten erprobt und die Balance zwischen Patientenaufkommen und Tele-Arzt-Kapazitäten getestet werden. So weit läuft alles stabil und kann nun beworben werden.

Marketingkampagne

Um die Plattform in der breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen, startet die KVBW ab Ende November 2025 eine Werbekampagne, vorwiegend mit digitalen Anzeigen. Im Mittelpunkt steht die fundierte medizinische Ersteinschätzung.

Versorgungsangebot ohne kommerzielle Interessen

Im Gegensatz zu anderen Anbietern verfolgt die KVBW mit docdirekt keine kommerziellen Interessen. Ziel ist allein, die telemedizinische Versorgung für die Bevölkerung in Baden-Württemberg weiter auszubauen und Arztpraxen und Notaufnahmen zu entlasten – digital, sicher und bedarfsgerecht.



Die Motive sind Bestandteil einer Werbekampagne. In den digitalen Anzeigen greifen wir das Bedürfnis der Bürger und Bürgerinnen nach Orientierung auf.



So sieht die Startseite von docdirekt aus.

tale Anlaufstelle, die im Krankheitsfall schnell Orientierung bietet und uns dabei hilft, Patienten bedarfsgerecht versorgen zu können“, erklärt Dr. Doris Reinhardt, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVBW.

So funktioniert's

Patientinnen und Patienten starten auf www.docdirekt.de und geben ihre Postleitzahl ein. Dann folgt die strukturierte medizinische Ersteinschätzung (SmED-Patient). Durch die Beantwortung strukturierter Fragen bekommen Hilfesuchende eine

lemedizinisches Angebot weiter aus, das entlastet die ambulante Versorgungsstruktur“, betont Dr. Karsten Braun, Vorstandsvorsitzender der KVBW.

Mitwirken als Tele-Ärztin oder Tele-Arzt

Für KVBW-Mitglieder gibt es die Möglichkeit, docdirekt-Fälle tagsüber während der Sprechstunde oder zu Zeiten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes telemedizinisch zu versorgen. Wer als Tele-Ärztin oder Tele-Arzt tätig werden möchte,

Weitere FAQ und Informationen sind auf der Website zu finden: www.kvbawue.de/docdirekt

Was zeichnet diese Plattform technisch aus?

docdirekt verknüpft die bereits bestehenden Dienste: Online-Sprechstunde, Ärztlicher Bereitschaftsdienst und den 116117-Patientenservice. Diese Vernetzung ermöglicht eine sichere und koordinierte Patientensteuerung unter Berücksichtigung der verfügbaren medizinischen Ressourcen.

DIE HÄUFIGSTEN FRAGEN AUS DEN SCHULUNGEN

docdirekt

Wer kann Tele-Arzt oder Tele-Ärztin sein?	Welche Dienstzeiten gibt es?	Wie hoch ist die Vergütung?	Wo muss ich mich aufhalten?	Wer darf docdirekt nutzen?	Kann ich sowohl am ÄBD als auch tagsüber an docdirekt teilnehmen?
ÄBD Im ÄBD können zugelassene und angestellte Ärzte aller Fachgruppen tätig sein. Kooperationsärzte können derzeit nicht teilnehmen.	ÄBD Montags bis freitags zwischen 19.00 und 23.00 Uhr. An Wochenenden / Feiertagen ist der Dienst in zwei Slots geteilt: 9.00 bis 16.00 Uhr und 16.00 bis 23.00 Uhr.	ÄBD Förderung von 50 Euro pro Stunde, sofern das erzielte Honorar nach EBM den Förderbetrag unterschreitet.	ÄBD Ihr Aufenthaltsort muss eine geschützte Patientenberatung ermöglichen und den Datenschutz gewährleisten.	Menschen, die in Baden-Württemberg wohnen oder sich hier aufhalten. Für gesetzlich Krankenversicherte übernehmen die Krankenkassen die Kosten, Privatversicherte erhalten für die ärztliche Behandlung (Video-Sprechstunde) vom Tele-Arzt eine Rechnung nach GOÄ.	Ja, die Dienstzeiten können Sie generell selbst auswählen und sowohl tagsüber während Ihrer Praxiszeiten als auch abends oder am Wochenende im ÄBD den telemedizinischen Dienst übernehmen.
Tagsüber Zugelassene und angestellte Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte. Kooperationsärzte können derzeit nicht teilnehmen.	Tagsüber Dienste sind in zwei Slots geteilt: von 8.00 bis 13.00 Uhr und von 13.00 bis 19.00 Uhr. Sie können sich an einem Tag für einen Zeitslot oder auch für beide entscheiden.	Tagsüber Nach EBM gemäß den Videosprechstunden-Vorgaben sowie Abrechnung des TSS-Akutfalls nach Einschätzung durch SmED.	Tagsüber Ihr Aufenthaltsort muss eine geschützte Patientenberatung ermöglichen und den Datenschutz gewährleisten.		Weitere FAQ zu docdirekt sowie das Antragsformular für Tele-Ärztinnen und Tele-Ärzte finden Sie auf unserer Homepage: www.kvbawue.de/docdirekt.de

Ausgabenexplosion zwingt zum Handeln

Welche Reformen umgesetzt werden sollen, darüber streiten sich die Protagonisten in der Gesundheitspolitik

Als der neue Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes Oliver Blatt im Juli sein Amt antrat, da habe er von der finanziellen Schieflage der gesetzlichen Krankenkassen gewusst, bekannte er kürzlich auf einer Podiumsdiskussion. „Aber dass die Lage so kritisch ist, das hat mich doch überrascht.“ Die galoppierenden Kosten zwingen zu Reformen, wenn die Beiträge nicht ins Unermessliche steigen sollen. Im ersten Halbjahr 2025 waren die Ausgaben der Kassen um fast acht Prozent gestiegen. „Solche Steigerungsraten hält kein Gesundheitssystem der Welt auf Dauer aus“, so Blatt.

Studie sieht Milliardenlücke

Das Beratungsunternehmen Deloitte legte im Oktober eine Studie vor, wonach den gesetzlichen Krankenkassen im nächsten Jahr 56 Milliarden Euro fehlten, die durch Zusatzbeiträge oder Steuerzuschüsse ausgeglichen werden müssten. Wie ein Tropfen auf den heißen Stein nahm sich da das Mini-Sparpaket aus, mit dem Gesundheitsministerin Nina Warken im Oktober überraschte, um das Versprechen von einem stabilen Zusatzbeitrag in Höhe von 2,9 Prozent für 2026 zu halten: fast zwei Milliarden Euro weniger für die Krankenhäuser. Immer deutlicher zeigt sich, dass der Griff in die Kassen der Krankenkassen durch die letzten



Oliver Blatt, Chef des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherungen

Bundesregierungen sich nun rächt. Die Krise zwingt die Beteiligten dazu, Fragen zu stellen, die bisher weitgehend tabu gewesen sind. Etwa wo Einsparpotenziale vorhanden sind oder wo die größten Kostentreiber im Gesundheitswesen angesiedelt sind. Daher werden in den kommenden Jahren viele spannende Diskussionen geführt werden. Die Bundesregierung hat eine Expertenkommission eingerichtet, die Vorschläge für Einsparungen im Gesundheitswesen

erarbeiten soll. Auch hier ist interessant, welche Vorschläge vorgelegt werden. Das bedeutet dann aber noch lange nicht, dass sie auch umgesetzt werden. Viele Einsparungen hat es in den vergangenen Jahrzehnten in der ambulanten Versorgung gegeben. Jeder erinnert sich an die Einführung der Bedarfsplanung, Budgetierungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und andere Maßnahmen. Gerade der ambulante Sektor hat gezeigt, wie leistungsfähig er ist

und wie er seine Verantwortung wahrnimmt. Nicht zuletzt hat der diesjährige moderate Honorarabschluss gezeigt, dass auch die Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihren Beitrag für die Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems leisten. Interessant ist daher, wie die anderen Bereiche ihren Beitrag zu dieser Aufgabe sehen. Da ist zunächst einmal der Bund, der mit den versicherungsfremden Leistungen den Beitragszahlern

Kosten aufbürdet, die nicht aus deren Beiträgen bezahlt werden sollten. Wer sich weiter die größten Kostenblöcke anschaut, der wird an den Arzneimittelherstellern und den Krankenhäusern nicht vorbeikommen. Weiterhin wird mehr Geld für Arzneimittel ausgegeben als für das ärztliche und psychotherapeutische Honorar. Das ist ein Ungleichgewicht, das so nicht weitergeführt werden kann. Und der größte Kostenanteil in den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen geht an die Krankenhäuser. Auch hier muss die Frage erlaubt sein, welches Einsparpotenzial besteht. Geprüft werden auch Einsparungen in den Prozessen des Gesundheitswesens. Das betrifft etwa eine Primärarztsteuerung - Stichwort Patientensteuerung. Aus Sicht der KVBW besteht ein Potenzial vor allem in der Steuerung der Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst beziehungsweise im Verhältnis zwischen den Notaufnahmen und den Bereitschafts- oder Arztpraxen. Eine Vorgabe, wonach die Patientinnen und Patienten (wie in anderen Ländern) zwingend vorher ein Ersteinschätzungsverfahren durchlaufen müssen, würde echte Einsparungen zur Folge haben. Dies ist aber leider im aktuellen Referentenentwurf zu einem neuen Notfallgesetz nicht enthalten. cl/ks

Gesundheitsversorgung sichert Demokratie

Was ist zu tun, damit unser Sozialstaat und unsere Demokratie erhalten bleiben? Diese Frage diskutierte eine Expertenrunde bei einer gesundheitspolitischen Veranstaltung der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg.

Das Gesundheitswesen steht aktuell wieder im Dilemma zwischen ökonomischen Anforderungen und tradierten Strukturen. Was geschieht aber, wenn wir die Herausforderungen nicht mehr bewältigen? Welche Auswirkungen hätte das auf unser Gemeinwohl und auf die Institutionen im Gesundheitswesen? Michael Mruck, Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, machte deutlich, dass die Stabilität unserer Demokratie zunehmend fragil erscheine. „In einer Zeit multipler Krisen und Veränderungen wirken die Sozialversicherungssysteme jedoch als systemstabilisierendes Element.“ Peter Weiß, Bundeswahlbeauftragter für die Sozialwahlen, plädierte vehement für Aufklärung über die Vorzüge unserer Sozialversicherungssysteme. „Wir müssen uns für dieses Erfolgsmodell einsetzen.“ Er machte deutlich, weshalb es in einem demokratischen

Regierungssystem so wichtig ist, Probleme zu lösen und allgemein verbindliche sowie verlässliche Entscheidungen zu treffen. Entscheidend sei, den Willen der Bevölkerung aufzunehmen, zu berücksichtigen und am Ende auch umzusetzen. In der sich anschließenden Diskussion unter Moderationsleitung von Frank Winkler, stellvertretender Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, waren sich die Expertinnen und Experten des baden-württembergischen Gesundheitswesens einig, dass es dringend Reformen brauche.

Versorgung braucht Regeln

Dr. Karsten Braun, Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, hob hervor, was unser Gesundheitswesen leistet. In puncto Legitimation und Prozesse könnten wir besser werden. Die Selbstverwaltung leiste aber einen wichtigen Beitrag. „Bei der Effizienz und der Beteiligung gibt es Luft nach oben. Vieles an unserer Gesundheitsversorgung werde aber auch schlechtgeredet“, so Braun. Andreas Klein, Vorstandsvorsitzender Medizinischer Dienst Baden-Württemberg, unterstrich die

Verteilungs- und Versorgungsgerechtigkeit. „Verteilungsgerechtigkeit ist ein wesentliches Fundament einer demokratischen Grundversorgung. Demokratie lebt von Institutionen, die unabhängig, transparent und kompetent sind. Für Bürgerinnen und Bürger muss immer klar sein, dass es in unserem Land gerecht zugeht, Unabhängigkeit gewährleistet ist und Verlässlichkeit besteht. Versorgungsqualität heißt auch, auf der Grundlage von Regeln solidarisch zu sein.“ Matthias Einwag, Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG), wies auf die Orte der Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen hin. „Gesundheits-einrichtungen, ob Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationskliniken oder Akutkrankenhäuser, sind Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Das muss funktionieren. Bürger wollen und erwarten das. Funktioniert das nicht, wenden sich die Bürger ab.“ Nadia Mussa, Leiterin der

TK-Landesvertretung Baden-Württemberg, konstatierte: „Demokratie heißt für mich ringen um die beste Lösung. Menschen kennen sich in unserem Gesundheitssystem

gegangen werden müssen. „Grundsätzlich dürfen wir nicht emotional handeln, sondern müssen sachlich und faktenbasiert agieren. Die Bürgerinnen und Bürger erwarten das



Andreas Klein, Nadia Mussa, Michael Mruck, Frank Winkler, Dr. Karsten Braun und Matthias Einwag diskutierten beim vdek.

oftmals nicht aus, auch weil es an der notwendigen Gesundheitskompetenz fehlt. Hier müssen wir uns gemeinsam weiter engagieren und erklären.“ Sie erinnerte an baden-württembergische Wege etwa bei Mustervereinbarungen, wie bei docdirekt oder der Schlaganfallversorgung, welche pragmatisch weiter

in einer Demokratie zu Recht.“ In seinem Schlusswort resümierte Michael Mruck, dass die partnerschaftliche Zusammenarbeit bei der Lösung essenziell sei. „Wir arbeiten konstruktiv und vertrauensvoll miteinander und werden dies auch weiterhin gemeinsam pflegen. Das ist ein Stück gelebte Demokratie.“ red



Hohe Anzahl orthopädischer Fehlstellungen

Präventionsprojekt OrthoKids: klare Empfehlung für Einführung einer regulären Vorsorgeuntersuchung bei Kindern

„Erkrankungen am Stütz- und Bewegungsapparat bei Kindern und Jugendlichen sind die große Schwachstelle in der Prävention“, betonte KVBW-Vorstandsvorsitzender Dr. Karsten Braun bei der Ergebnispräsentation in Berlin. Zwischen dem zehnten und 14. Lebensjahr durchlaufen Kinder entscheidende Wachstumsphasen ihres muskuloskelettalen Systems. In der Regelversorgung ist bislang keine orthopädische Vorsorgeuntersuchung in dieser Altersspanne vorgesehen. Viele Fehlstellungen der Wirbelsäule, Beine und Füße bleiben daher bei den üblichen Kinderuntersuchungen (U- und J-Checks) unentdeckt.

12.000 Kinder wurden untersucht

Ziel des OrthoKids-Projektes war es, den Sinn und Nutzen einer Vorsorgeuntersuchung zwischen dem zehnten und 14. Lebensjahr wissenschaftlich zu untersuchen. Projektpartner waren die Orthopädie im Olgahospital des Klinikums Stuttgart, das Fraunhofer Institut für Offene Kommunikationssysteme FOKUS und das Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Uniklinik Köln. Als Kooperationspartner engagierten sich

der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), die AOK, die Techniker Krankenkasse (TK), das Landesgesundheitsamt sowie diverse Sportverbände. Innerhalb von rund zwei Jahren haben knapp 12.000 Kinder und Jugendliche teilgenommen, die von rund 300 Orthopäden untersucht wurden. Sowohl in den teilnehmen-



den Orthopädiepraxen wie auch in Schulen und in Sportvereinen wurden Screenings angeboten. Die jungen Projektteilnehmenden konnten eine OrthoKids-App nutzen, in der es viele Übungsvideos und Informationen zu Sport und Bewegung gab. Die ganzheitliche IT-Lösung hatte das Telehealth Technologies am Fraunhofer FOKUS entwickelt.

Überraschend hohe Skoliose-Rate

Die Ergebnisse zur Effektivität des Screenings sind nach Ansicht von Prof. Dr. Stephanie Stock (Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Uniklinik Köln) eindeutig. „Bei drei der vier im Rahmen des Screenings untersuchten Fehlstellungen (Skoliose, Beinachsenabweichungen und Knick-Senk-Fuß) wurden im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung deutlich höhere Prävalenzen gefunden als in der historischen Kontrollgruppe: Bei der Skoliose beispielsweise wiesen rund sechs Prozent der Kinder mit OrthoKids-Vorsorgeuntersuchung eine Skoliose auf – fast sechsmal so viele wie in der historischen Kontrollgruppe aus Kassendaten (1,1 Prozent). Die Vorsorgeuntersuchung wurde sowohl von Orthopäden als auch von den teilnehmenden Eltern und Kindern gut angenommen“, so Stock. OrthoKids sei eines der wenigen Innovationsfondsprojekte, bei dem Fallzahlen in fünfstelliger Höhe erreicht wurden. Da das Kosten-Nutzen-Verhältnis zudem in einem akzeptablen Bereich liege, seien die Voraussetzungen für eine Implementierung in die Regelversorgung durchaus

vielversprechend. „Um dazu eine definitive Aussage machen zu können, fehlen uns aber Daten zur Langzeitbeobachtung“, führte Stock weiter aus. Daher sollten zukünftige Projekte zu präventiven Versorgungsformen eine Nachverfolgung mindestens bis zum Abschluss der Wachstumsphase vorsehen.

Frühe Diagnose sehr sinnvoll

Auch Prof. Thomas Wirth, ehemaliger Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik am Olgahospital im Klinikum Stuttgart, stellte den präventiven Wert der Untersuchung heraus. „Je früher eine Skoliose diagnostiziert wird, desto größer ist die Chance auf eine erfolgreiche konservative Therapie und auf die Vermeidung langfristiger Folgen oder Operationen.“ Dass durch OrthoKids sehr viel mehr an Wirbelsäulen- und Beinachsenfehlstellungen aufgedeckt wurde, die in der Regelversorgung schlicht übersehen werden, zeige, wie notwendig eine Vorstellung beim Orthopäden sei. Eine Expertenrunde diskutierte in Berlin die Chancen einer Aufnahme in den Regelkatalog. Dr. Katja Plückelmann vom Bundesverband Skoliose betonte, dass Skoliosen häufig

zu spät festgestellt und diagnostiziert würden. „Die Ergebnisse von OrthoKids bestätigen unsere Einschätzung und die Notwendigkeit einer Vorsorgeuntersuchung in dem sehr langen Zeitraum zwischen der U10 und der J1.“ Karin Maag vom G-BA unterstrich den Wert von Innovationsfondsprojekten: „Solche Projekte können mögliche Verbesserungsbedarfe und -potenziale in der Regelversorgung aufzeigen und liefern wissenschaftlich fundierte Ergebnisse für deren Weiterentwicklung.“ Auch Nadia Mussa, Leiterin der TK-Landesvertretung Baden-Württemberg, schätzt die Initiative der KVBW: „Es ist wichtig, dass solche Studien stattfinden, um neue Erkenntnisse zu gewinnen. Deshalb war die TK gerne als Partner mit dabei.“ Noch sei unklar, ob bzw. unter welchen Bedingungen das Screening langfristig zu den gewünschten Projekterfolgen führe. Deshalb müssten weitere Modalitäten geklärt werden. Für KVBW-Vorstand Braun steht der Nutzen außer Frage: „Gesundheitspolitisch ist es kaum vertretbar, hier nicht aktiv zu werden. OrthoKids beweist, dass die Untersuchung praktikabel, akzeptiert und wirksam ist.“ *gk*

Transparenz mit Nebenwirkungen

Manche Diagnosen in der ePA können Patienten verunsichern

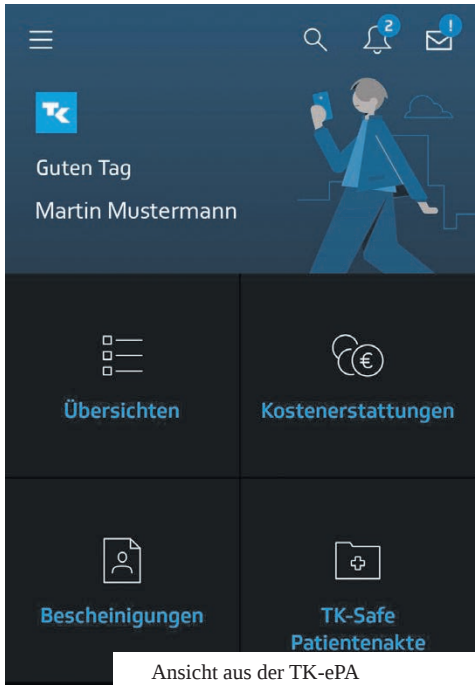
Mit der elektronischen Patientenakte (ePA) sollte ein neues Zeitalter der Transparenz im Gesundheitswesen beginnen. Patientinnen und Patienten erhalten erstmals umfassenden Zugriff auf ihre Gesundheitsdaten. Die Praxis zeigt: Diese Transparenz hat Nebenwirkungen. Seit der Einführung der ePA sind Krankenkassen verpflichtet, die von Praxen übermittelten Abrechnungsdiensten ihren Versicherten bereitzustellen. In vielen Fällen führt das dazu, dass Versicherte erstmals Diagnosen sehen, von denen sie bisher nichts wussten. Diese können korrekt sein oder sich als überholt, vorläufig oder nicht mehr relevant herausstellen. Besonders heikel wird es, wenn solche Informationen außerhalb des medizinischen Kontexts Nachteile mit sich bringen, etwa bei der Beantragung privater

Versicherungen. Korrekturen von Diagnosen können nur durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Die KVBW selbst darf keine Änderungen vornehmen.

Ohne Codierung keine Leistung

Diagnosen sind nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein abrechnungstechnisches Erfordernis. Ohne Codierung lässt sich keine Leistung abrechnen. Gleiches gilt für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Auch sie enthalten Diagnosen. Grundlage ist die internationale Klassifikation ICD-10, ein komplexes System mit über 12.000 Codes, das jährlich angepasst wird. Viele dieser Begriffe decken sich nicht mit der Alltagssprache in Praxen. Hinzu kommt: Die ICD-Codes sagen mehr aus als nur die Diagnose. Sie zeigen etwa,

ob es sich um eine gesicherte Erkrankung, einen Verdacht oder einen Ausschluss handelt. Auch das Abklingen eines Symptoms kann codiert werden. Jede Codierung verursacht Aufwand, fordert Präzision und bringt Interpretationsspielraum mit sich. Angesichts von mehr als einer Milliarde ICD-Codes jährlich in Deutschland sind Fehler unvermeidbar, auch wenn die KVBW regelmäßig Plausibilitätsprüfungen durchführt. Hinweise auf systematische Fehlcodierung liegen derzeit nicht vor. Erstaunen löst häufig die Codierung psychosomatischer oder psychosozialer Diagnosen aus. Eine Diagnose wie „Rückenschmerzen unter beruflichem Stress“ kann für den Patienten irritierend wirken, wenn sie in der ePA erscheint. Solche



Diagnosen sind notwendig, um die tatsächliche Behandlung korrekt abzubilden und Abrechnungen plausibel zu gestalten. Sie sind ein Werkzeug ärztlicher Dokumentation.

Die ePA verbessert den Informationsfluss und kann die Behandlungssicherheit erhöhen. Gleichzeitig birgt sie das Risiko von Fehlinterpretationen, wenn Patienten medizinische Codierungen ohne Erläuterung sehen. Auch das Arzt-Patienten-Verhältnis kann leiden. Die KVBW sieht darin ein Beispiel für die Überkontrolle und Bürokratisierung. Diagnosecodierung, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Dokumentationspflichten sollten sinnvoll im Verhältnis zum praktischen Nutzen stehen. Ziel muss bleiben, die ambulante Versorgung zu entlasten, nicht sie weiter zu erschweren. *red*

Ambulante Versorgung unter Druck

Sicherstellung steht im Mittelpunkt der KVBW-Aktivitäten

Der im September erschiene-
ne Bericht zur ambulanten me-
dizinischen Versorgung 2025
offenbart: Der Ärztemangel,
immer mehr Teilzeit und An-
stellung sowie die steigende
Nachfrage durch den demogra-
fischen Wandel führen zu Eng-
pässen. Dadurch werden die
Patienten und Patientinnen so-
wie Arztpraxen gleichermaßen
belastet. Wie die Versorgungss-
ituation genau in den 35 Land-
kreisen und neun Stadtkreisen
Baden-Württembergs ist, zeigt
der Teil „Daten & Fakten“ der
Broschüre. Der in den Versor-
gungsbericht integrierte Qua-
litätsbericht 2024 bietet einen
Blick auf die ambulanten Lei-
stungen, die der Qualitätssie-
cherungskommissionen unterliegen.

Nachwuchsförderung

Um die ambulante Versorgung in
Zeiten des Ärztemangels robust auf-
zustellen, hat die KVBW ein um-
fassendes Maßnahmenpaket auf
die Beine gestellt. Der Schwer-
punkt liegt dabei auf der täglichen



Der aktuelle Versorgungsbericht ist im September erschienen.

Regelversorgung in den Praxen, aber
auch die Neustrukturierung des Ärz-
tlichen Bereitschaftsdienstes leistet
einen wichtigen Beitrag zur Stabili-
sierung der ambulanten Versorgung.
Gefördert wird auch der ärztliche
Nachwuchs, zum Beispiel die Wei-
terbildung und die gezielte Ansied-
lung von Ärztinnen und Ärzten in
Regionen mit besonderem Versor-
gungsbedarf. Der Kommunalservice

leistet einen wichtigen Beitrag. In
enger Zusammenarbeit mit Land-
kreisen, Städten und Gemeinden ent-
wickelt die KVBW individuelle Lö-
sungen für die einzelnen Planungs-
bereiche. Dafür werden umfassende
Datenanalysen und Prognosen auf-
bereitet, die frühzeitig zeigen, wo
in den nächsten fünf Jahren Versor-
gungseingänge drohen. So kann ge-
zielt gegengesteuert werden.

Zukunftsfähiges System erfor- dert mutige Reformen

Heute sei die ambulante Versor-
gung noch das Rückgrat unseres
Gesundheitssystems, doch sie ste-
he unter Druck, erklärte der Vor-
standsvorsitzende der Kassennärztl-
ichen Vereinigung Baden-Württem-
berg (KVBW), Dr. Karsten Braun,
anlässlich der Veröffentlichung. Er

fordert mutige Reformen,
die die ambulante Versor-
gung stärken. „Nur so kön-
nen Arzt- und Psychothera-
piepraxen auch in Zukunft
leistungsfähig und attraktiv
bleiben.“

Versorgung gesamtgesell- schaftliche Aufgabe

„Die Sicherstellung ist für
uns mehr als nur ein ge-
setzlicher Auftrag – sie ist
gelebte Verantwortung für
die Menschen und ihre me-
dizinische Versorgung“, be-
tonte Dr. Doris Reinhardt,
stellvertretende Vorstands-
vorsitzende der KVBW.
„Es ist nicht akzeptabel,
dass die Ärztinnen und Ärz-
te selbst einen erheblichen
Teil der Förderungen aus ihren Ho-
noraren finanzieren müssen. Ärztli-
che Versorgung ist eine gesamtge-
sellschaftliche Aufgabe.“ *mt*

➔ Der Versorgungsbericht 2025
sowie der Qualitätsbericht 2024 ste-
hen ab sofort online zur Verfügung:
www.kvbawue.de/versorgungsbericht

Eine Erfolgsgeschichte der Selbstverwaltung

Während in diesem Jahr die
KVBW ein Doppel-Jubiläum fei-
ert, begingen im Herbst auch die
Berliner Geburtstag. Im Rahmen
einer Festveranstaltung feierten
die Kassennärztliche Bundesver-
einigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) 70-jähriges Bestehen.

Unabhängigkeit und Expertise

Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvor-
sitzender der KBV, sagte bei der
Veranstaltung: „Das Prinzip einer
unabhängigen Berufsausübung vor
dem Hintergrund einer eigenstän-
digen Selbstverwaltung ist grund-
legend für eine freie Gesellschaft.
In Deutschland stützen daher zwei
Säulen den hohen Standard des Ge-
sundheitssystems: Unabhängigkeit
und Expertise. Weisungsunabhän-
gig entscheiden die ärztlichen und
psychotherapeutischen Kollegin-
nen und Kollegen über die Behand-
lung ihrer Patientinnen und Patien-
ten.“ Daraus entstehe ein starkes
und sensibles Vertrauensverhält-
nis, das es zu schützen gelte. Ele-
mentare Voraussetzungen hierfür
seien das Prinzip der freiberufli-
chen Berufsausübung – vor allem
in inhabergeführten Praxen – und
eine funktionierende Selbstverwal-
tung. Martin Hendges, Vorsitzen-
der des Vorstandes der KZBV, lobte
die Selbstverwaltung als krisen-
fest, verantwortungsbewusst und
versorgungsnah. In den 70 Jahren

ihres Bestehens habe sie eine Viel-
zahl von Versorgungskonzepten
aus dem Berufsstand heraus ent-
wickelt und so einen zentralen Bei-
trag zur Patientenversorgung ge-
leistet.

Werte bewahren

Die Selbstverwaltung arbeite mit
Nachdruck daran, die hochge-
schätzte ambulante (zahn-)medizi-
nische Versorgung flächendeckend
zu erhalten, so Gassen und Hend-
ges. Die beiden Vorsitzenden ap-
pelierten daher an die Politik, gemein-
sam weiterhin Verantwortung zu
übernehmen, die Strukturen nach-
haltig zu stärken und der Selbstver-
waltung somit die notwendige Frei-
heit für ein gerechtes, menschliches
und demokratisch stabiles Gesund-
heitswesen zu geben.
Die KBV ist 1955 als Körperschaft
des öffentlichen Rechts gegründet
worden. Vorläufer war die Kas-
sennärztliche Vereinigung Deutsch-
lands (KVD). Diese wiederum war
aus den regionalen Kassennärztl-
ichen Vereinigungen hervorgegan-
gen, die 1931 aufgrund einer Not-
verordnung gegründet wurden. Mit
der Gründung der KVen wollte man
Arbeitskämpfe zwischen Ärzten
und Krankenkassen schlichten. Sie
hatte die endgültige Ablösung des
Einzelvertragssystems zum Ziel,
in dem jeder Arzt einzeln Abrech-
nungsverträge mit den Krankenkas-
sen schloss. *pm*



Großes Interesse am KVBW-Stand in Freiburg.

KVBW im Dialog mit Studierenden

Eine Ersti-Veranstaltung ist eine tolle Gelegenheit, mit Medizinstudierenden ins Gespräch zu kommen und sie frühzeitig für die ambulante Versorgung zu interessieren. Vom Team der Koordinierungsstelle Weiterbildung (KoStW) waren Julia Hoffmann und Frank Portenhauser in Freiburg mit dabei und freuten sich über den Andrang am KVBW-Stand mit Glücksrad.

Beim Drehen des Glücksrades ka-
men die KVBW-Berater mit den
Studierenden ins Gespräch und
stellten die vielfältigen Angebo-
te der KVBW für den ärztlichen
Nachwuchs vor, wie die Förderung
für Famulaturen oder das Wahl-
tertial im Praktischen Jahr. Auch
wenn es für die Erstsemester noch
weit weg ist, so wurde auch die

Förderung der Weiterbildung zum
Facharzt ins Spiel gebracht.

Hausärzte gesucht

Es ist nie zu früh, die Hausärzte der
nächsten Generation anzusprechen
und Unterstützung auf dem Weg
in die eigene Hausarztpraxis an-
zubieten. Der frühzeitige persönli-
che Kontakt ist dabei ein wesentli-
cher Faktor. Das Team der KoStW
berät zu allen Fragen rund um das
Thema Weiterbildung in der All-
gemeinmedizin – auch in digitalen
Sprechstunden.

Warum geht die KVBW an Universitäten?

Eine der größten Herausforder-
ungen der KVBW ist es,
Nachfolgerinnen und Nachfolger

für die Haus- und Facharztpraxen
in Baden-Württemberg zu finden.
Die KVBW sucht deshalb früh
den Kontakt zu angehenden
Medizinerinnen und Mediziner.
Mit praxisnaher Beratung, gezielter
Förderung und einem breiten
Beratungsangebot möchte die
KVBW die nächste Generation für
eine Tätigkeit in der ambulanten
Versorgung gewinnen. Ob
Famulatur, Praktisches Jahr oder
Weiterbildung – die KVBW steht
Medizinstudierenden mit Rat und
Tat zur Seite. „Es war toll, dass
wir am ‚Markt der Möglichkeiten
für die Medizinstudierenden
teilnehmen konnten und wir
sagen Danke an das Orga-Team
der Fachschaft Medizin an der
Universität Freiburg, allen voran
Jonas Baureis“, so das Fazit von
Julia Hoffmann. *mt*

„Wir holen das Beste für Sie raus“



Dr. Doris Reinhardt (Mitte) spricht beim Servicetag in Reutlingen.



Dr. Karsten Braun erläutert in Stuttgart die Gesundheitspolitik.

Trotz Herbstsonne kamen rund 120 Mitglieder zum Servicetag der Bezirksdirektion Stuttgart. Auch in Reutlingen wurde der Servicetag gut angenommen. Einen Tag lang gab es praktische Tipps über Fragen wie Abrechnung, Recht und IT-Sicherheit in der Praxis. Zu den herausragenden Punkten gehörte eine berufspolitische Einordnung durch die KV-Vorstände Dr. Karsten Braun und Dr. Doris Reinhardt.

In Reutlingen wurden die KV-Vorstände von den Bezirksbeiräten zu aktuellen Entwicklungen in der Berufs- und Gesundheitspolitik befragt. In Stuttgart gab es Vorträge. Braun beobachtet mit Spannung, wie Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) die im Koalitionsvertrag skizzierten Vorhaben umsetzen will. Zum Beispiel das für 2027 geplante Primärarztsystem. „Wird das für andere Berufsgruppen geöffnet? Ich bin gespannt, wohin die Reise geht“, meinte Braun. „Nicht so gut“ gefalle die geplante

Termingarantie, die, falls sie nicht greift, Patienten an Krankenhäuser verweisen solle.

Ob das wirksam sei, bezweifelt Braun, denn die Fachärzte in den Kliniken seien selbst überlastet. Was die Fachärzte angeht, so steht auf der Wunschliste der KV eine Entbudgetierung, sie soll aber laut Koalition nur für „unterversorgte Gebiete“ gelten, und davon gebe es nur sehr wenige, so Braun. Zudem mache es keinen Sinn, Fachärzte durch Budgetierung zu bestrafen, die benachbarte unterversorgte Gebiete in erheblicher Maße mitversorgen, kritisierte Braun.

Orientierungswert

Die mit der GKV vereinbarte Anhebung des Orientierungswertes für ärztliche Leistungen um 2,8 Prozent zum Januar 2026 nannte Braun ein „akzeptables Ergebnis“. Das sei der zweithöchste Abschluss, den es je gab. „Wir versuchen, das Beste für Sie herauszuholen.“

ÄBD 2024 + ist zukunfts fest

Das gilt auch bei der Neuordnung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, deren Notwendigkeit die stellvertretende KVBW-Vorständin Dr. Doris Reinhardt mit der effizienten Nutzung der begrenzten ärztlichen Ressourcen begründete. Die „Hütte“ brenne bei Hausärzten, HNO-, Kinderärzten und Gynäkologen. Die Ärzte seien die einzige Berufsgruppe, der man Arbeitswochen mit mehr als 40 Stunden zumute. „Mit der Schließung von 18 Bereitschaftspraxen im Land habe sich die KV „nicht nur Freunde gemacht“, sagte Reinhardt; die Lösung sei aber zukunfts fest und bedarfsorientiert. Einen Ansturm auf die verbliebenen Praxen sieht Reinhardt nicht. Zur Entlastung der Bereitschaftsdienste trägt auch die Telemedizin bei. Reinhardt forderte eine höhere Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, die darüber informiert werden müsse, wann der ärztliche Notruf zuständig sei, wann das

Aufsuchen einer Bereitschaftspraxis und wann der Praxisbesuch zu Sprechzeiten sinnvoll sei.

ePA

Erst drei Millionen Krankenversicherte nutzen die ePA, deren Einführung seit 1. Oktober Pflicht für die Arztpraxen ist. Die Patienten haben Mitsprache darüber, was in die ePA hineinsoll und was nicht. „Der Patient kann Berichte auch wieder löschen. Es ist seine Akte“, berichtete Bernd Gemeinder, IT-Berater bei der KV. Er gab an beiden Servicetagen einen detaillierten Überblick, was in die ePA eingespeist wird und was nicht. Verdachtsdiagnosen und vorläufige Diagnosen, Routinekontrollen oder alle Patientenkontakte sind es jedenfalls nicht, auch nicht sämtliche historischen Gesundheitsdaten. Die ePA sei ja „kein Papierkorb“. Als Richtschnur gelte: Alles, was für eine Mit- und Weiterbehandlung wichtig sei, solle abgespeichert werden, allen voran

Laborbefunde, Befundberichte aus bildgebenden Verfahren, fachärztliche Befundberichte, Arztbriefe und elektronische Rezepte.

Für kritische Nachfragen sorgte die Tatsache, dass auch ärztliche Abrechnungen eingestellt werden können und von anderen Praxen eingesehen werden können. Dies solle noch geändert werden, so Gemeinder. Denn anhand der Abrechnungen könnten auch Rückschlüsse auf bestimmte hochsensible Daten gezogen werden, die der Patient eigentlich nicht transparent machen will.

Noch gebe es einige Stolpersteine, so Gemeinder. In wenigen Fällen ließen sich Daten nicht einstellen oder das System arbeite langsam. Das hänge dann oft an der Praxissoftware oder dem Internet. Umfassend ist die Patientenakte auch noch nicht: Erst 2026 sollen Medikationspläne kommen und eine Volltextsuche möglich sein, erst ab 2027 sind Impfnachweise, der Mutterschutzpass und das U-Heft einspeisefähig. *cl*

Beratungstermine online buchen

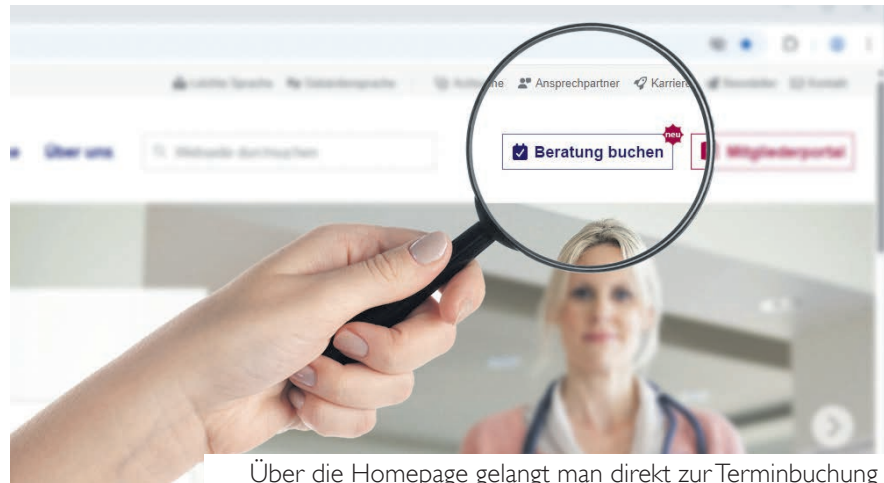
Neuer Service der KVBW wird im Januar verfügbar sein

Im Januar geht ein neuer Service der KVBW an den Start: Mitglieder können dann Termine für Beratungen ganz bequem über die KV-Webseite buchen. Das Verordnungsmanagement, die Niederlassungs- und Kooperationsberatung sowie das Team IT in der Praxis sind die ersten Einheiten, die das neue Tool einsetzen.

Mitglieder schätzen direkten Draht zu Beratern

Rund 100.000 Beratungen werden jedes Jahr von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KVBW geleistet. Die Mitglieder schätzen es sehr, dass sie direkt mit Fachexperten ihre Anliegen klären können. Die meisten Anfragen zu Beratungen erreichen die KVBW telefonisch.

Doch viele Anrufe können nicht entgegengenommen werden, etwa, weil die Leitungen überlastet sind oder die Erreichbarkeit der KV nach 16.00 Uhr nicht mehr gegeben ist. Der Wunsch, durch ein digitales Terminvergabetool einen modernen



Über die Homepage gelangt man direkt zur Terminbuchung

Service für Mitglieder wie auch für weitere Kunden der KV anzubieten, stand daher schon lange auf der Agenda.

Planungssicherheit für Alle

Das neue Online-Terminvergabetool ist ein weiterer Baustein in der Digitalisierungsstrategie der KVBW. Es verschafft Planungssicherheit in der Verwaltung und sorgt für eine effiziente Organisation der Beratungen.

Mitglieder wie auch Mitarbeitende profitieren gleichermaßen von dem neuen Angebot. Die Entscheidung, die Terminbuchung über die Webseite zu ermöglichen und nicht im Mitgliederportal, wurde bewusst getroffen: So können nicht nur Mitglieder, sondern zum Beispiel auch Praxismitarbeitende, Rechtskanzleien, die Praxen vertreten, oder auch Ärztinnen und Ärzte, die sich niederlassen wollen, problemlos einen Termin erhalten.

Weiterer Ausbau geplant

Die Online-Terminbuchung wird weiter ausgebaut. Nach und nach sollen auch die Abrechnung, die BWL-Beratung, das Arztregister und gegebenenfalls auch das Team Hygiene und Medizinprodukte diesen Service anbieten können.

Zur Online-Terminbuchung gelangen Sie direkt über die Hauptnavigationsleiste auf der Startseite der Webiste der KV Baden-Württemberg. Dort finden Sie rechts den Hinweis „Beratung buchen“, über den Sie zur Buchungsseite gelangen. Als Nächstes können Sie wählen, welche Beratungsleistung Sie aus den folgenden Themengebieten benötigen:

- Verordnungsmanagement (Beratung zu Arzneimitteln, Verbandmitteln, Medizinprodukten, Teststreifen, Ernährungslösungen,

Heil- und Hilfsmitteln, Impfungen und Sprechstundenbedarf)

- Niederlassungs- und Kooperationsberatung (Beratung zu allen zulassungsrechtlichen Fragen und zur Substitution)

- Prüfverfahren im Bereich der Verordnungsweise – (Beratungen zu Prüfverfahren allgemein und individuell)

- IT in der Praxis (Beratung zu Telematik, PVS-Wechsel, digitale Tools und IT-Sicherheit)

Im nächsten Schritt wählen Sie in der Kalenderansicht einen freien Termin für Ihr Thema aus. Die Länge der Beratungstermine variiert zwischen 15 und 90 Minuten. Nach Eingabe Ihrer persönlichen Daten und der E-Mail-Adresse erhalten Sie eine Terminbestätigung als ICS-Datei. Wenn Sie diese ICS-Dateien in Ihren Kalender übertragen, bekommen Sie automatisch zwei Tage vor dem Termin eine Push-Nachricht als Erinnerung. Sollten Sie kurzfristig verhindert sein, können Sie Ihren Termin auch stornieren oder verschieben. *gk*

Neuer Leitfaden hilft, Wunden besser zu behandeln

Wichtige Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung

Die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg haben in Kooperation mit der KVBW, den Krankenkassen und der Prüfstelle einen Leitfaden zur Behandlung chronischer Wunden erarbeitet. Ziel ist es, allen Ärztinnen und Ärzten, insbesondere denjenigen, die nicht auf die Wundbehandlung

praxisnahe Therapieempfehlungen. Behandlungen, die sich am Wundleitfaden orientieren, gelten in der Regel als wirtschaftlich, einschließlich kostengünstiger Präparateauswahl, klarer Indikationsstellung, regelmäßiger Kontrolle, angemessener Dauer und nachvollziehbarer Dokumentation.

Verbandmaterialien. Zusätzlich hat die KVBW gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden und den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen einen Dokumentationsbogen mit einer Checkliste erarbeitet. Diese Arbeitshilfe erleichtert es, relevante Aspekte zur Grunderkrankung des Patienten oder der Patientin sowie Therapieentscheidung zu erfassen. Diese Informationen werden bei möglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen zur Beurteilung benötigt. Da in der Verordnungssoftware keine Preise für Verbandmittel angezeigt werden, wird ergänzend eine Preisübersicht häufig verordneter Verbandmittel angeboten – als praktische Orientierungshilfe für den Praxisalltag. Der Therapieleitfaden wurde mit den Krankenkassen und den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg abgestimmt. Autoren sind der Internist Dr. Wolf-Rüdiger Klare und Stephan Eder, Facharzt für Chirurgie. Beide sind Geschäftsführer des Deutschen Instituts für Wundheilung (DIW).red



spezialisiert sind, eine praxisorientierte Hilfestellung für eine effektive und wirtschaftliche Versorgung zu geben.

Wirtschaftliche Behandlung

Denn mindestens eine Million Menschen mit chronischen Wunden leben in Deutschland und zahlreiche Praxen sind mit diesen häufig sehr kostenintensiven Patienten konfrontiert. Umso wichtiger sind

Schema zur Wundtherapie, Dokumentationsbogen und Orientierungshilfe zur Wirtschaftlichkeit

Ergänzend zum Leitfaden gibt es ein Schema zur standardisierten Wundtherapie. Dort sind verschiedene Wundtypen inklusive Beispielabbildungen aufgeführt. Die Aufstellung umfasst zudem wundtyp-spezifische Behandlungsschritte und geeignete

➔ Weitere Informationen

Verordnungsberatung
Arzneimittel
0711 7875-3663
verordnungsberatung@kvbawue.de

Wundleitfaden:

www.gpe-bw.de/facharztgruppen/allgemeinmediziner/wundbehandlung

➔ Preisübersicht

Verbandmittel:

www.kvbawue.de/verbandmittel-preisliste



Wundmanagement in der Praxis



Chronische Wunden bedeuten für Betroffene eine erhebliche Minderung ihrer Lebensqualität, da sie körperliche Beschwerden haben und zumeist auch im Alltag deutlich eingeschränkt sind. Der medizinische Fortschritt eröffnet neue Perspektiven in der Wundversorgung. Aber was bedeutet das für die Praxis, die gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit im Blick behalten muss? Wie können chronische Wunden am effektivsten behandelt werden? Ist die moderne Wundversorgung auch wirtschaftlich? Diesen und vielen weiteren Fragen gehen Sie in unserem Seminar nach. Dabei lernen Sie Wege kennen, um den qualitativen und wirtschaftlichen Herausforderungen in der ärztlichen Wundbehandlung wirksam zu begegnen. Als Ergänzung zum theoretischen Teil werden Fälle aus der Praxis besprochen und das Anlegen von Kompressionsverbänden anhand von Übungen vertieft.

Zielgruppe:

Das Seminar richtet sich an Hausärztinnen und Hausärzte, interessierte Fachärztinnen und Fachärzte sowie an medizinisch erfahrene Mitarbeitende aus der Praxis.

Schwerpunkte:

- Infektionsschutzgesetz, Medizinprodukte-Durchführungsgesetz
- Anordnung, Durchführung, Organisation
- Chronische Wunden, Pathophysiologie, Ulcus cruris, Dekubitus, diabetischer Fuß

- Klinischer Befund
- Diagnostik: venöse Insuffizienz, pAVK, Polyneuropathie
- Therapie: Risikofaktoren, Druckentlastung, Chirurgie
- Kompression: Grundlagen, Verbände, Strümpfe, Fehler
- Lokalthherapie chronischer Wunden: Materialkunde, Exsudatmanagement
- Verordnungsmanagement

Fortbildungspunkte:

11 Punkte

Seminarnummer:

F 105

Referent:

Dr. med. Wolf-Rüdiger Klare
Facharzt für Innere Medizin

Ansprechpartnerin KVBW:

Claudia Speier, Apothekerin,
geriatrische Pharmazie

Termin:

Samstag, 7. März 2026,
9.00 Uhr bis 17.00 Uhr

Veranstaltungsort:

KVBW Freiburg
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Kosten:

159 Euro

Neues MAK-Programm

Jetzt buchen und Frühbucherrabatt bekommen

Mit mehr als 200 Seminaren und über 70 Themen gibt es bei der Management Akademie (MAK) der KVBW im nächsten Jahr mehr neue Themen als jemals zuvor. Seminare zu künstlicher Intelligenz in der medizinischen Versorgung, modernes Personalmanagement oder auch Tipps zur Prävention von Krisen und Gewalt in der Praxis gehören mit dazu. Profitieren Sie von praxisorientierten Inhalten, aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und einem lebendigen Austausch mit erfahrenen Referentinnen und Referenten. Sichern Sie sich jetzt die ersten Seminarplätze mit einem Frühbucherrabatt für Anmeldungen bis zum 31. Januar 2026 von zehn Prozent auf alle halb- und eintägigen Präsenz- und Live-Online-Seminare. Wählbar sind Fortbildungen in vielen ver-

schiedenen Formaten: im Präsenztraining mit der Möglichkeit zum persönlichen Informations- und Erfahrungsaustausch, Live-Online-Seminare mit Fachvorträgen und Interaktionen im virtuellen Schulungsraum, Online-Kurse mit webbasierten Lerninhalten oder ein Blended Learning – einem Mix einzelner Formate. Die Fortbildungen richten sich an Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie an Praxismitarbeitende.



➔ Seminarkalender:

www.kvbawue.de/praxis/fortbildung-mak/seminarkalender

➔ Weitere Informationen:

Tel. 0711 7875-3535
Fax: 0711 7875-483888
info@mak-bw.de

Trauer um Dr. Berthold Dietsche

Dr. Berthold Dietsche, Facharzt für Allgemeinmedizin, langjähriges Mitglied der Vertreterversammlung der KVBW sowie Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Hausärzte, ist am 19. Oktober im Alter von 72 Jahren gestorben.

Dietsche wurde am 26. März 1953 in Freiburg geboren und gründete 1988 seine eigene allgemeinmedizinische Praxis in Freiburg. Früh engagierte er sich berufspolitisch. Er setzte sich für die Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung ein und war Mitgründer eines der ersten hausärztlichen Praxisnetze in Südbaden. „Berthold Dietsche war ein großartiger berufspolitischer Mentor für mich“, erinnert sich



KVBW-Vorständin Doris Reinhardt. 1994 wurde er in den Vorstand des Berufsverbands der Allgemeinärzte gewählt, 2002 übernahm er den Vorsitz des Hausärzterverbands Baden-Württemberg. 2007 wurde er

tellvertretender Vorsitzender des Deutschen Hausärzterverbands. Von beiden Posten zog sich Dietsche 2022 aus gesundheitlichen Gründen zurück. „Mit ihm verlieren wir einen herausragenden Gestalter und Visionär, der die hausärztliche Versorgung in Baden-Württemberg und bundesweit mit Weitsicht, Sachverstand und persönlichem Engagement geprägt hat“, teilten Prof. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Co-Bundesvorsitzende und Co-Vorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzterverbands Baden-Württemberg, und Dr. Markus Beier, Bundesvorsitzender des Hausärztinnen- und Hausärzterverbands, mit. Die KVBW dankt Dietsche für sein Engagement als Arzt und Standespolitiker. Die herzliche Anteilnahme gilt seiner Familie.p



Keine Klagen aus den Notaufnahmen



Reibungsloser Ablauf in den Bereitschaftspraxen

Im grünen Bereich

Keine Mehrbelastung der Notaufnahmen durch Schließung der ärztlichen Bereitschaftspraxen

Ettlingen, Müllheim, Brackenheim, Herrenberg und Albstadt sind Ende November die letzten Praxen, die im Zuge der Neustrukturierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes geschlossen wurden. Insgesamt hat die KVBW in diesem Jahr 18 Standorte geschlossen, nachdem bereits nach dem BSG-Urteil im September 2023 in acht Praxen die Tätigkeit beendet wurde. Ein Kraftakt sondergleichen. Demonstrationen, Petitionen, zahllose Resolutionen und Landtagsanfragen haben diesen Prozess begleitet. Städte und ein Landkreis haben Klage gegen die KVBW eingereicht. Allein in diesem Jahr hat Vorständin Dr. Doris Reinhardt 18 Veranstaltungen für die Bürgerinnen und Bürger vor Ort wahrgenommen, zuvor Gespräche mit Landräten, Kliniken und Bürgermeistern sowie mit den Praxisverantwortlichen vor Ort geführt.

Gegen alle Widerstände

Keine Frage: Die KVBW mutet den Bürgerinnen und Bürgern einiges zu. Die Wege werden weiter. Trotzdem

ist die Belastung überschaubar. Es hat sich gezeigt, wie mühsam Veränderungen sind. 18 Mal hat die KV sich anhören müssen, dass Veränderungen ja schon erforderlich sind, aber man doch bitte die Son-



dersituation vor Ort berücksichtigen möge. Bemerkenswert ist, dass die Beschlüsse der von den Mitgliedern der KV demokratisch gewählten Vertreterversammlung nicht akzeptiert werden. Die Opposition im Landtag, allen voran die SPD, wird nicht müde, die Maßnahmen der KVBW zu torpedieren. Die Argumente oder Vorhaltungen werden immer abstruser, nachdem sich gezeigt hat, dass die Befürchtungen, die geäußert wurden, nicht eingetreten sind. Weder gibt es bisher einen

nennenswerten Anstieg in den Notaufnahmen, noch gibt es irgendwelche Rückmeldungen, dass der Rettungsdienst stärker belastet ist. Bislang sind bei der KVBW auch keine Patientenbeschwerden eingegangen. Die „Auffangpraxen“ können die zusätzlichen Patientinnen und Patienten problemlos aufnehmen, zu besonderen Wartezeiten ist es bislang nicht gekommen. Die Größe, eine Fehleinschätzung auch einzugestehen, ist bei den Gegnern nicht vorhanden. Das alles lässt nichts Gutes erahnen für die Veränderungen, die im Gesundheitswesen insgesamt erforderlich sind.

Kaum Einsicht in Ärztesituation

Lehrreich waren die Veranstaltungen. Das Verständnis für die Belastung der Ärztinnen und Ärzte ist eher überschaubar. Während es sofort hohe Zustimmung gibt, wenn über das Personal in den Notaufnahmen oder im Rettungsdienst gesprochen wird, wird bei den Ärzten nur mit der Schulter gezuckt „Das müssen die halt machen.“. Wie groß

die Not ist, zeigt sich jedoch jeden Tag, wenn sich Patienten bei der Terminservicestelle anrufen, weil sie keinen Termin bekommen oder Bürgermeister sich melden, weil wieder eine Praxis im Ort schließt. Erfreulich sind die Rückmeldungen unserer Mitglieder vor Ort. Die geänderten Schichtzeiten kommen gut an, der KV wird berichtet, dass auch wieder mehr unserer Mitglieder Dienste wahrnehmen.

Notfalldienstreform

Für den November hat die Bundesregierung den Entwurf für ein Gesetz zur Reform des Notdienstes angekündigt. Klar ist heute schon, dass die ambulanten und stationären Angebote enger miteinander verzahnt werden sollen. Angekündigt ist weiter, dass die 116117 und der Rettungsdienst stärker miteinander verbunden werden sollen. Unklar ist, wie das alles organisiert und finanziert werden soll und wann die Maßnahmen umgesetzt werden, da noch viel Vorarbeit erforderlich sein wird.

Ausblick

Für 2026 sind keine weiteren Praxisschließungen vorgesehen. Wohl aber werden sich im ein oder anderen Fall noch die Öffnungszeiten der Praxen ändern. Dazu soll die Inanspruchnahme der Praxen in der neuen Struktur analysiert und die Öffnungszeiten bedarfsorientiert angepasst werden. Ziel ist es schließlich, eine gute Versorgung der Bevölkerung und gleichzeitig eine möglichst geringe Belastung der Ärztinnen und Ärzte sowie der MFA in den Bereitschaftspraxen zu erreichen. Ebenfalls soll 2026 der Fahrdienst in eine neue Struktur gebracht werden. Und 2026 wird die Konzeption für die gebietsärztlichen Dienste erarbeitet. Der KVBW wird bundesweit hoher Respekt für den Mut und die Konsequenz entgegengebracht, wie sie die erforderlichen Veränderungen im Bereitschaftsdienst umsetzt. Ein weiteres Mal hat sich gezeigt, wie wichtig der Rückhalt der Delegierten der Vertreterversammlung und der Ärzteschaft ist. ks

Reformbedarf auch im gebietsärztlichen Bereitschaftsdienst

Bisher hat sich (fast) alles um den allgemeinen Dienst gedreht, wenn es um die Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Baden-Württemberg geht.

Aber nur fast. Denn auch für die gebietsärztlichen Dienste ist schon einiges an Vorarbeiten geleistet worden. Ohne Zweifel besteht auch hier Anpassungsbedarf. Die gebietsärztlichen Dienste sind für die KV nicht verpflichtend. Es gibt nur eine Verpflichtung für einen allgemeinen Dienst.

Anpassungsbedarf gibt es im Besonderen im kinder- und jugendärztlichen Dienst. 25 pädiatrische Bereitschaftspraxen sind aktuell am Start, teilweise täglich geöffnet, teilweise mit langen Öffnungszeiten. Im Neckar-Odenwald-Kreis und im Bodenseekreis gibt es noch einen dezentralen Dienst. Die

Probleme in der Regelversorgung sind evident. Damit ist klar, dass auch hier nach Möglichkeiten gesucht werden muss, welche Anpassungen im Bereitschaftsdienst zu einer Stärkung der Regelversorgung führen können.

Mehrere Runden hat der Vorstand mit den Verantwortlichen aus dem pädiatrischen Dienst gedreht. Dazu gehörte auch eine Umfrage, um den Reformbedarf zu erfassen.

Dabei stand zunächst der Anpassungsbedarf im eigenen Dienstbereich zur Diskussion – und ob es überhaupt einen eigenen Dienst geben soll. Denn andere KVen haben den kinder- und jugendärztlichen Dienst beispielsweise in den allgemeinen Dienst eingegliedert. Aber das wäre aus Sicht der Dienstverantwortlichen keine Option. Stattdessen könnten sich einige Bereiche vorstellen, die Öffnungstage

und -zeiten zu reduzieren oder auch mit einem anderen Dienstbereich zu fusionieren, um die Dienstbelastung gleichmäßiger zu verteilen. Einige wenige könnten sich auch vorstellen, die eigene Praxis zu schließen. Gefragt nach dem Reformbedarf im pädiatrischen Dienst insgesamt, sticht vor allem der Wunsch nach einem flächendeckenden telemedizinischen Angebot heraus. Dadurch wird eine deutliche Entlastung der Praxen erwartet.

Ein klares Bild ergibt sich auch bei der Frage, ob die Öffnungszeiten landesweit harmonisiert werden sollten. Das lehnen die Verantwortlichen unisono ab und wollen die Öffnungszeiten regional-flexibel gestalten. Einig sind sich die Praxisverantwortlichen weiter, dass eine pädiatrische Bereitschaftspraxis nur in Verbindung mit einer Kinderklinik einen Sinn ergibt. Hausbesuche



Auch der pädiatrische Bereitschaftsdienst soll reformiert werden.

halten die Pädiater zudem nicht für erforderlich und nicht zu leisten. Der Vorstand hat die Ergebnisse mit den Verantwortlichen diskutiert und das weitere Vorgehen besprochen. Mehrere Alternativen sollen entwickelt werden. Das wird sicherlich das Jahr 2026 in Anspruch nehmen. Dabei werden natürlich der Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung und die dort aufgestellten Anforderungen an kinderärztliche

INZ und kinderärztliche Telemedizin berücksichtigt.

Neben dem pädiatrischen Dienst laufen auch die Gespräche mit den Vertretern des augenärztlichen Dienstes. Auch hier muss über die Ausgestaltung nachgedacht werden. Aktuell gibt es vier augenärztliche Bereitschaftspraxen, einige Regionen haben sehr weitläufige dezentrale Dienste. Die Struktur soll 2026 stehen. ks

Veraltete Ausweise gefährden TI-Anbindung

Jetzt Karten tauschen und TI-Zugang mit ECC-Verschlüsselungsverfahren sichern.

Übergangslösung mit Fristverlängerung bis zum 30. Juni 2026

Ab dem 30. Juni 2026 gelten die neuen ECC-Verschlüsselungsverfahren für die Telematikinfrastruktur. Hintergrund ist, dass das bisher anerkannte RSA-Verschlüsselungsverfahren für die Praxisausweise (SMC-Bs) und elektronischen Heilberufsausweise (eHBAs) nicht mehr den neuesten Sicherheitsstandards entspricht und somit durch ECC-Verschlüsselungsverfahren ersetzt werden muss.



Laut den Kartenanbietern sind jedoch weiterhin unzählige Praxisausweise und elektronische Heilberufsausweise auszutauschen. Ursprünglich sollten die neuen Sicherheitsstandards schon zum 1. Januar 2026 eingeführt werden. Die KBV hatte jedoch bei der gematik eine Übergangsregelung erwirkt.

Ti-Zugriff nur mit ECC

Ohne aktualisierte/n SMC-B oder eHBA können Sie Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit nicht vollumfänglich nachkommen. Um Zugriff auf die TI zu erhalten und auch die TI-Module (E-Rezept, etc.) nutzen zu können, müssen Sie sich einerseits mit Ihrem Praxisverwaltungssystem mit der TI verbinden können (mit der SMC-B) und sich innerhalb der TI authentifizieren können (mit dem eHBA). Beides ist mit den veralteten Verschlüsselungsverfahren

nicht mehr möglich. Nehmen Sie deshalb umgehend mit Ihrem Anbieter Kontakt auf:

- D-Trust Bundesdruckerei: kartenaustausch@d-trust.net
- DGN medisign: www.medisign.de/support/article/smc-b-folgekarte-beantragung-inbetriebsname/

- T-Systems Telekom: www.telekom-healthcare.com/mediathek/news/detail/ecc-umstellung-uebersicht

➔ Mehr zum Thema: www.kvbawue.de/smc-b



Welche Ausweise sind betroffen?

Betroffen sind Ausweise der Kartengeneration 2.0 (RSA-Only). Die folgende Kartengeneration 2.1 enthält zusätzliche ECC-Zertifikate und muss daher nicht vorzeitig getauscht werden. Da manche dieser 2.0-Karten noch eine Gültigkeit über den 30. Juni 2026 hinaus besitzen, wird von den Kartenherstellern ein Sondertausch angeboten.

Achtung vor Fake-Mails

Erkennen Sie echte Anbieter-Infos beim Kartentausch

Die Hersteller informieren alle Praxen und Leistungserbringer per E-Mail über den Austausch der Karten und bieten Rabatte an. Manchmal landen diese wichtigen Informationen des Anbieters versehentlich im Spam-Ordner. Oft werden diese E-Mails auch mit Fake-E-Mails verwechselt. Nicht zu Unrecht. Die Gefahr droht immer, dass mögliche Betrüger auf diesen Zug aufspringen. Daher sollten Sie immer genau prüfen, zu welchem Ziel ein URL-Link (URL: Uniform Resource Locator, zum Beispiel eine Website) in der E-Mail führt.

Hier zwei Möglichkeiten, wie Sie URL-Links selbst prüfen können:

Bewegen Sie den Mauszeiger über den Link, ohne den Link anzuklicken. In den meisten Browsern wird die echte URL, auf die der Link verweist, unter Links im Browserfenster angezeigt. Sie kopieren den Link über das Kontext-Menü (Rechts-Klick mit der Maus auf den Link), dann öffnen Sie den (Windows-) Editor und kopieren den Link dort hinein (zum Beispiel mit der Tastenkombination Strg + v). Jetzt können Sie sich die URL-Adresse in Ruhe anschauen.

Aufbau einer URL:

Der Aufbau der URL sieht ungefähr so aus: `https://xxxxx.Domäne.Top-LevelDomäne/xxxxxxxxxx/xxxxxxxxxx`. Als Erstes sollte ganz links „https“ als Angabe stehen. Wichtig ist hier das „s“ am Ende, welches auf eine verschlüsselte Übertragung der Daten hinweist. Eine reine http-Adresse wird heute nicht mehr als sicher eingestuft und kaum

noch verwendet. Dann enthält der Block zwischen den ersten beiden Schrägstrichen „//“ und dem darauffolgenden Schrägstrich „/“ die Hauptadresse der Zielseite. Dieser Block wird von rechts gelesen und enthält zunächst die Top-Level-Domänen-Angabe aus zwei bis drei Buchstaben mit einem vorangestellten Punkt als Trennzeichen. „.de“ oder „.com“ sind sehr häufige Beispiele. Links davon bis zum nächsten Punkt steht dann die eigentliche Domäne der Zielseite. Ganz links bis zum doppelten Schrägstrich „//“ kann dann eine beliebige Zeichenkombination stehen, gar nichts oder häufig „www.“.

TI-Ersatzverfahren

Aufgrund des vorzeitigen Ablaufs der RSA-Zertifikate auf den 2.0-Karten kommt es bei den Herstellern zu Engpässen in der Produktion. Vielleicht können nicht alle SMC-Bs und eHBAs durch die Hersteller rechtzeitig ausgeliefert werden. Bis zum Erhalt der neuen Karten müssen Sie dann die TI-Ersatzverfahren nutzen, wie sie auf unserer Themenseite beschrieben sind (Link siehe unten). Wenn Sie also einen SMC-B mit der Version G2.1 besitzen, müssen Sie nichts tun. Dasselbe gilt auch für den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA). bg

➔ Mehr zum Thema:

KVBW - TI-Ersatzverfahren: www.kvbawue.de/ti-ersatzverfahren

gematik - rsa2ecc-migration: www.gematik.de/telematikinfrastruktur/rsa2ecc-migration

Fit für Fieber

Wenn Kinder Fieber haben, sind Eltern verunsichert und suchen ärztlichen Rat. Das belastet Praxen und Notaufnahmen. Das Innovationsfondsprojekt „Fit Für Fieber“ will das ändern.

Das Projekt will mit einer neuen, strukturierten und digital unterstützten Versorgungsform Eltern stärken und Ärztinnen und Ärzte entlasten. In Kinder- und Jugendarztpraxen soll erprobt werden, wie eine gezielte Fiebertherapie die Versorgung verbessern und Ressourcen sparen kann. Nach einer kompakten Online-Schulung zur aktuellen AWMF S3-Fieber-Leitlinie führen Kinder- und Jugendärztinnen im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung ein strukturiertes, materi-



algestütztes Aufklärungsgespräch mit den Eltern. Familien erhalten über die PraxisApp „Meine pädiatrische Praxis“, die mehrsprachige FeverApp und weitere digitale Angebote und ein umfassendes Informationspaket rund um das Thema Fieber. So werden Eltern fit gemacht, um sicher und gelassen auf Fieber reagieren zu können – ohne unnötige Medikamente oder Notfallbesuche. Sie lernen zudem, Warnzeichen zu erkennen, bei denen ärztlicher Rat wirklich erforderlich ist.

Vorteile für teilnehmende Praxen:

- **Vergütung der Intervention ohne Studiendokumentationsaufwand:** Für das Fiebertherapiegespräch ist eine finanzielle Vergütung vorgesehen. Dokumentiert wird lediglich die Abrechnungsziffer!
- **Weniger Notfallvorstellungen:** Informierte Eltern reagieren besonnener. Das entlastet Ihre Akutprechstunde und schafft mehr Zeit für die eigentliche Patientenversorgung.
- **Nachhaltiger Beitrag zur Versorgung:** Auch Praxen in der Kontrollgruppe leisten ohne viel Aufwand einen wichtigen Beitrag, damit Fit Für Fieber als regulärer Bestandteil der U-Untersuchungen verstetigt und künftig von den Krankenkassen übernommen werden kann.

Das Ziel von Fit Für Fieber: Reduktion unnötiger Antibiotika- und Antipyretikaverordnungen und eine leitliniengerechte Fieberkompetenz bei Eltern. Davon profitieren Kinder, Familien – und Ihre Praxis! Die Teilnahme ist auf 172 Praxen limitiert. rk

➔ Weitere Informationen: www.uni-wh.de/fit-fuer-fieber

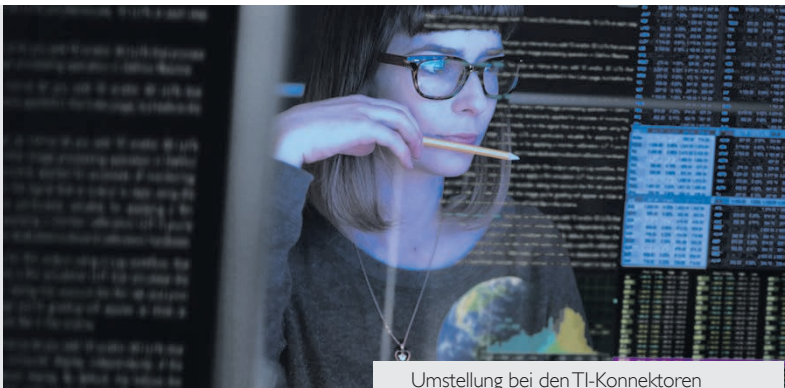
Konnektorentausch nötig

Zum 1. Januar 2026 auf neue TI-Konnektoren oder Gateway-Lösungen umsteigen

Konnektoren, die vor September 2020 produziert wurden, sind sogenannte „RSA-only-Konnektoren“. Dieses RSA-Zertifikat ist aus Sicherheitsgründen ab 1. Januar 2026 nicht mehr gültig und wird durch das neue ECC-Verschlüsselungsverfahren für die TI ersetzt. Deshalb läuft die Laufzeit dieser Konnektoren bis Ende des Jahres 2025 aus.

Sie haben solch einen „RSA-only-Konnektor“?

Dann ist Ihr Konnektor bis zum Jahresende 2025 durch einen Konnektor der neueren Generation mit dem ECC-Verschlüsselungsverfahren oder durch eine TI-Gateway-Lösung zu ersetzen. Ab 1. Januar 2026 erhalten Sie mit Ihrem alten Konnektor keinen Zugang mehr zur TI. Eine Verlängerung des RSA-Verschlüsselungsverfahrens ist nicht möglich, da dies unter anderem eine enorme Sicherheitslücke darstellen würde.



Umstellung bei den TI-Konnektoren

Sie sind unsicher, wann Ihr Konnektor abläuft?

Das Ablaufdatum ist im KBV-Prüfprotokoll einsehbar. Im Zweifel kontaktieren Sie bitte Ihr Systemhaus oder Ihren Dienstleister vor Ort, der Ihnen auch das Ablaufdatum auslesen kann.

➔ Weitere Informationen:

www.gematik.de/telematikinfrastruktur/rsa2ecc-migration

Beratung zu IT in der Praxis www.kvbawue.de/praxis-it

Keine elektronischen Hürden mehr

Praxis-Websites müssen barrierefrei sein. Vorgaben gelten ab mindestens zehn Mitarbeitenden.

Das im Juni in Kraft getretene **Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG)** gilt auch für das digitale Angebot von Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren. Mögliche Störfaktoren sollen beseitigt oder reduziert werden, so dass Praxis-Websites für alle Menschen komfortabel barrierefrei zugänglich sind.

Das Gesetz zur Barrierefreiheit von Websites will erreichen, dass sowohl Menschen mit eingeschränktem Seh- oder Hörvermögen als auch solche mit motorischen Einschränkungen oder kognitiven Beeinträchtigungen alle Inhalte erfassen und eine Website bedienen können. Betroffen sind Arztpraxen mit mindestens zehn Mitarbeitern oder einem Jahresumsatz von mindestens zwei Millionen Euro. Außerdem fallen auch all jene unter diese Regelung, die ihren Patienten oder Patientinnen digitale Angebote machen, zum Beispiel Terminbuchungstools, Videosprechstunden oder Kontaktformulare.

Zusätzlicher Aufwand für Niedergelassene

„Barrierefreiheit endet nicht bei der Rampe zur Praxis, sondern reicht bis in den Quellcode der Website“, fasst es Dr. Karsten Braun, Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zusammen. Allerdings sieht er ebenso die



Menschen mit Einschränkungen sollen nicht ausgeschlossen werden.

Realitäten im Praxisalltag: zusätzlicher Aufwand an Zeit und Personal für die Niedergelassenen. Für eine Arztpraxis, die sich tagtäglich um Versorgung, Digitalisierung und Abrechnung kümmern muss, sei das eine weitere bürokratische Hürde. „Bei allem Verständnis: Dieses Gesetz ist ein weiteres Beispiel dafür, wie gut gemeinte Regeln für noch mehr Bürokratie und Überforderung sorgen können“, urteilt Braun.

Nicht noch mehr Bürokratie

Laut einer Umfrage der Deutschen Ärztezeitung von Juni 2025 sagt jeder zweite Praxisinhaber (48 Prozent): „Nein, schon wieder eine neue Regelung? Bitte nicht.“ Nur sieben Prozent halten ihre Praxis-Website für barrierefrei und nur

jeder Fünfte hat sich schon darum gekümmert. 26 Prozent waren gerade dabei, aber noch nicht fertig. Aber: Übergangsfristen für Websites sind im Gesetz ausdrücklich nicht vorgesehen, der 28. Juni 2025 war bindend. Werden die Vorgaben nicht erfüllt, drohen Bußgelder bis zu 10.000 Euro.

Strafe droht

Zentraler Ansprechpartner ist die „Marktüberwachungsstelle der Länder für die Barrierefreiheit von Produkten und Dienstleistungen“ (MLBF – siehe rechts). Die Stellen haben den gesetzlichen Auftrag, die Einhaltung der Vorgaben durch regelmäßige Stichproben zu überprüfen. Beschwerden können aber auch von Wettbewerbern, Patienten oder Patientinnen mit Einschränkungen

kommen, die sich auf einer Website nicht zurechtfinden. Praxisbetreiber müssen das Thema auf jeden Fall auf dem Schirm haben und sich jemanden suchen, der die gesetzlichen Vorgaben für sie umsetzt. Übrigens: Die Aktion Mensch bietet einen Test dazu an: www.aktion-mensch.de/inklusion/barrierefreiheit/barrierefreie-website/wie-barrierefrei-ist-meine-website-test

mar

➔ Weitere Informationen:

MLBF (in Errichtung)
c/o Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Sachsen-Anhalt
Postfach 39 11 55
39135 Magdeburg
Telefon: 0391 567 6970
E-Mail: MLBF@ms.sachsen-anhalt.de

Checkliste für barrierefreie Websites

- Farben und Schriftgrößen:** Anpassbare Schriftgrößen sind besonders für Ältere wichtig. Zwingend außerdem: ein hoher farblicher Kontrast zwischen Text und Hintergrund. Zum Beispiel für Patienten mit Rot-Grün-Sehschwäche oder anderen visuellen Einschränkungen. Außerdem: wenn Sonnenstrahlen das Smartphone-Display schlecht lesbar machen.
- Bildunterschriften:** Für Blinde müssen Fotos und Schaubilder so beschriftet sein, dass sie ein Screenreader vorlesen kann. Menschen mit Hörbeeinträchtigungen benötigen Untertitel in Videos, Übersetzungen in Gebärdensprache oder schriftliche Informationen anstelle nur akustischer Hinweise.
- Leichte, intuitive Bedienbarkeit:** Die Navigation muss nicht nur für Maus-, sondern auch für Tastatur- und Screenreader-Nutzer problemlos möglich sein.
- Verständlichkeit:** Texte müssen in einfacher und klarer Sprache verfasst sowie Formulare und Anleitungen leicht zu verstehen und auszufüllen sein.
- Mobile Optimierung:** Da Patienten häufig Geräte wie Smartphones, Tablets oder Notebooks nutzen, ist eine mobile Optimierung barrierefreier Inhalte zwingend.

Neues im Mitgliederportal

Ohne TI und VPN: Ihr neuer Zugang zum Portal

Das Mitgliederportal der KVBW ist für Sie jetzt einfacher erreichbar. Neben den bekannten Zugangswegen über die Telematik-Infrastruktur (TI) und KV-Ident Plus (Software-VPN) können Sie nun auch direkt über das Internet zugreifen. Dazu wählen Sie einfach den Zugangsweg „freies Internet“. Welche Vorteile bietet dieser neue Zugangsweg?

Der Zugangsweg über das Internet besitzt zwei Vorteile:

- Einfacher Zugang:** Im Gegensatz zu den bisherigen Zugängen über die TI oder KV-Ident Plus benötigen Sie weder einen VPN-Tunnel noch einen Konnektor, um das Mitgliederportal zu erreichen. Melden Sie sich bequem ohne technische Hürden über das „freie Internet“ an.
- Orts- und geräteunabhängig:** Der Zugriff über das Internet ermöglicht Ihnen, von jedem Gerät oder jedem Ort zu arbeiten - unabhängig davon, ob dieses an die TI angebunden ist oder eine VPN-Software nutzt...

Trotz der neuen Flexibilität bestehen derzeit noch Einschränkungen:

- Eingeschränkte Serviceverfügbarkeit:** Bestimmte Angebote wie die Vertretermeldung, der Antragservice, der Vertragsmanager oder Services der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (zum Beispiel KBV-Fortbildungsportal, KBV-eDokumentation) sind aktuell noch nicht über das Internet verfügbar. Nichterreichbare Services sind in den Menüs der Hauptseite ausgegraut. Die KVBW arbeitet daran, diese Dienste nach und nach bereitzustellen.
- Teilweise Nutzung des Tokens:** Der Token, den Sie für den Zugang über KV-Ident Plus verwenden, wird bei einzelnen Services auch beim Internetzugang benötigt – zum Beispiel beim Dokumentenarchiv, das einen zweiten Authentifizierungsfaktor erfordert. Ein Schlosssymbol zeigt Ihnen, wo dies der Fall ist.

Fazit: Über den Zugangsweg „freies Internet“ können Sie das Mitgliederportal

unkompliziert und unabhängig vom Standort und dem verwendeten Endgerät erreichen. Bitte beachten Sie, dass einige Funktionen derzeit noch eingeschränkt sind. Die zentralen Services wie „Dateien einreichen“, das Dokumentenarchiv oder das Nachrichtencenter stehen Ihnen bereits vollständig zur Verfügung. Weitere Services folgen sukzessive.

Neue Anträge verfügbar

Ab sofort können Sie Anträge zur Erhöhung des Regelleistungsvolumens (RLV) und des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens (QZV) digital einreichen. Zugelassene oder angestellte Mitglieder der KVBW, denen ein eigenes RLV-/QZV-Gesamtvolumen zugewiesen wird, können ihre Anträge zur Erhöhung dieses Budgets schnell und komfortabel online über das Mitgliederportal einreichen.

Diese Anträge stehen Ihnen online im Mitgliederportal zur Verfügung:

- Antrag auf Berücksichtigung der tatsächlichen Fallzahlen

- Antrag auf Ausnahme von der Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB)
- Antrag auf Berücksichtigung einer Praxisbesonderheit

Vorteile der digitalen Antragstellung

- Anträge verwalten:** Sie können Ihre eingereichten oder zwischengespeicherten Anträge verwalten. Damit haben Sie einen schnellen Überblick über die von Ihnen eingereichten, abgeschlossenen sowie noch in Bearbeitung befindlichen Anträge.
- Digitaler Bescheid:** Bei erteilter Einwilligung erfolgt die Zustellung des Bescheides digital und damit schneller als auf dem Postweg.
- Vorausgefüllte Felder:** Stammdaten, die im Landesarztregister hinterlegt sind, werden automatisch übernommen (zum Beispiel Praxisname, BSNR, Name der Ärztin oder des Arztes, LANR). Das Ausfüllen der Anträge wird damit vereinfacht und beschleunigt. Auf Sie zugeschnittene Anträge:

- In Betracht kommende Ausnahmekriterien** sind übersichtlich formuliert. Sie brauchen den einschlägigen Antragsgrund nur noch auszuwählen. Für Sachverhalte, die nicht abgebildet sind, steht Ihnen ein Freitextfeld zur Verfügung.
- Freigabemöglichkeit für angestellte Mitglieder:** Als angestelltes Mitglied können Sie Ihren Antrag selbst über Ihren Zugang im Mitgliederportal ausfüllen und anschließend dem anstellenden Arzt zur Freigabe übertragen, damit dieser, nach Durchsicht, Ihren Antrag über das Mitgliederportal bei der KVBW einreicht.
- Nachhaltigkeit:** Die digitale Antragstellung verringert den Papierverbrauch sowie die Druck- und Portokosten.

gk/lj

Antragstellung auf Papier oder per E-Mail weiterhin möglich:
HVM_Antraege@kvbawue.de
Kontakt:
Telefon: 0711 7875-3397
oder per E-Mail an abrechnungsberatung@kvbawue.de

Aus Fehlern anderer lernen

Über Fehlerberichtssysteme als QM-Methode

Die große Kunst beim Qualitätsmanagement ist der Aufbau einer Fehlerkultur und die Umsetzung eines Fehlermanagements. Beides setzt eine offene Grundhaltung

macht hat, sondern darum, die Ursache zu finden. Der Fehler wird positiv als Chance zur Verbesserung gesehen. Man will aus einem Fehler lernen!

ler-„Management“ betreibt, hat diesen Prozess klar geregelt und die offene Kommunikation hierzu trainiert. Wird ein Fehler festgestellt, sind die nächsten Schritte die Dokumentation, die gemeinsame Analyse, die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen und so weiter. Hier greift der bekannte QM-Zyklus Plan-Do-Check-Act. Der Lernprozess beginnt mit dem eigenen Fehler, der in der Praxis passiert ist.

ist. Er beschreibt den Fehler, der passiert ist, das unerwünschte oder kritische Ereignis oder Nebenwirkungen beziehungsweise die Behandlungsfolgen, die eingetreten sind – einzig und allein zum Nutzen anderer. Lesende erkennen, dass sich über Fehler reden, schreiben und diskutieren lässt und dass die Ableitung von Lösungen und die Einleitung von Verbesserungen möglich sind. Jedes Fehlerberichtssystem fördert somit einen sachlichen und konstruktiven Umgang mit Fehlern. Lesende des Fehlerberichts können zu dem Ergebnis kommen: „Das hätte mir auch passieren können.“ Damit wird eine neue Basis des Lernens geschaffen. Der Fehlerbericht kann in der Folge in der Teambesprechung der eigenen Praxis analysiert werden und bei Bedarf können praxisinterne Prozesse angepasst werden, bevor eigene Fehler entstehen. Ein Fehlerberichtssystem verhindert im Idealfall weitere Fehler und unerwünschte Ereignisse in anderen Praxen und Kliniken. Die Nutzung von Fehlerberichtssystemen – als Instrumente des Fehlermanagements – wurde daher vom G-BA schon 2014 in die QM-Richtlinie aufgenommen. Die

QM-Stichprobe zeigt bei diesem Thema allerdings, dass die Bekanntheit dieser Systeme noch ausgebaut werden muss.

Jeder Fehler zählt

Krankenhäuser haben ihr eigenes oder sogar ein einrichtungsübergreifendes Fehlerberichtssystem. Im ambulanten Bereich bieten sich hierfür Internetplattformen an. Die Bundesärztekammer betreibt beispielsweise das Fehlerberichtssystem www.cirsmedical.de. Die Berichte kommen aus der gesamten Ärzteschaft und können nach diversen Kriterien – ambulant/stationär, Fachbereich, Kontext – gefiltert werden. Speziell für den hausärztlichen Bereich gibt es ein Angebot des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt: www.jederfehler-zaehlt.de. Die Fehlerberichte werden auf Anonymität geprüft, klassifiziert und gegebenenfalls mit ähnlichen verlinkt. Nach Freigabe können diese auch kommentiert werden.

uw

➔ **Weitere Informationen:** QM-Fachberater beim Praxiservice 0711 7875-3300



Offen mit Fehlern umzugehen, ist sinnvoll.

zum Thema Fehler voraus. Offen im Bewusstsein, dass Fehler passieren, sollen sie sich im Denken des Qualitätsmanagements nicht wiederholen. Aufbauend auf der Analyse, warum der Fehler passiert ist, werden Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Es geht nicht darum zu klären, wer den Fehler ge-

Eigenanalyse

Das Risiko für Fehler nimmt stetig zu. Die Medizin wird immer komplexer, die Arbeitsdichte immer größer. Daher werden Maßnahmen zur Vorbeugung und Fehlerprävention umso relevanter. Eine Praxis, die ein aktives Feh-

Wie soll das funktionieren? Hier kommen Fehlerberichtssysteme ins Spiel. Auf solchen Plattformen im Internet oder Intranet wird vollkommen anonym von Fehlern berichtet. Der anonyme Fehlerverursacher beschreibt auf Basis eines standardisierten Formulars, was in seiner Organisation vorgefallen



20 JAHRE QEP

Qualität und Entwicklung in Praxen

QEP steht für Qualität und Entwicklung in Praxen. Entwickelt wurde QEP 2005 von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen als Serviceangebot speziell für die Niedergelassenen, zusammen mit einem Team aus Ärzten, Psychotherapeuten, Praxismitarbeitenden und QM-Experten. Nach nunmehr 20 Jahren ist QEP mittlerweile das meistgenutzte Qualitätsmanagement-Verfahren in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung: Mehr als die Hälfte der Praxen und Medizinischen Versorgungszentren, die spezifische QM-Verfahren nutzen, arbeiten mit QEP. QEP unterstützt Niedergelassene bei ihren Management- und Führungsaufgaben, insbesondere auch bei der Einhaltung von gesetzlichen Vorgaben. Es kann schrittweise zum Aufbau und zur Weiterentwicklung des praxisinternen Qualitätsmanagements genutzt werden

und hilft, Arbeitsabläufe besser zu strukturieren, Verantwortlichkeiten festzulegen und Risiken frühzeitig zu erkennen. Die Patientenversorgung steht dabei stets im Mittelpunkt. Ein weiterer Pluspunkt: QEP lässt sich individuell an die jeweilige Fachrichtung, Praxisgröße und Organisationsform anpassen.

Die Vorteile auf einen Blick

- **Praxisorientiert:** QEP bietet zu allen praxisrelevanten Themen wie Terminvergabe, Hygiene- und Fehlermanagement Qualitätsziele und konkrete Vorschläge zur Umsetzung.
- **Einfach anzuwenden:** QEP ist modular aufgebaut. Alle Bausteine sind aufeinander abgestimmt, kombinierbar und schrittweise umsetzbar.
- **Konkrete Umsetzungsvorschläge:** QEP unterstützt dabei, Vorgaben aus der

Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und gesetzliche Verpflichtungen, ob zum Infektionsschutz oder Datenschutz, umzusetzen.

- **Muster-Dokumente:** QEP bietet individuell anpassbare Muster-Dokumente für jeden Praxistyp.
- **Qualität sichtbar machen:** Eine QEP-Zertifizierung ist möglich. Mit dem Zertifikat können Praxen ihr Engagement für Qualität und Transparenz nach außen sichtbar machen.

Die Materialien

Der QEP-Qualitätsziel-Katalog ist der Basis-Baustein von QEP: Mit ihm lassen sich Vorgaben zum Qualitätsmanagement leicht auf die eigene Praxis übertragen. Denn der Katalog bietet einen guten thematischen Überblick, beschreibt die

Qualitätsziele und gibt zahlreiche Anregungen. In fünf Kapiteln werden die Themen Patientenversorgung, Patientenrechte und Patientensicherheit, Mitarbeitende und Fortbildung, Führung und Organisation sowie Qualitätsentwicklung behandelt.

Manual plus

Das QEP-Manual, der Service-Baustein von QEP, beinhaltet zu allen Kernzielen Anleitungen und praktische Tipps in Form von Umsetzungsvorschlägen. Zusätzlich sind weitere 78 Qualitätsziele mit Erläuterungen enthalten. In dem passwortgeschützten Webportal OnlinePlus werden die individuell anpassbaren Musterdokumente für schriftliche interne Regelungen, Checklisten, Ablaufbeschreibungen, Formblätter und Pläne sowie Hinweise auf weiterführende Informationsquellen,

Literatur und Linkempfehlungen bereitgestellt.

Manual für Psychotherapeuten

Das QEP-Manual für Psychotherapeuten bietet anschauliche Umsetzungsvorschläge rund um die Führung einer psychotherapeutischen Praxis inklusive Musterdokumente auf dem Webportal OnlinePlus.

Bislang bereits etwa 40.000 Teilnehmende bei QEP-Einführungseminaren

QEP ist umfassend in das Schulungs- und Beratungsprogramm der KVen integriert. Rund 40.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben bislang bereits ein QEP-Einführungseminar besucht.

kbv

➔ **Weitere Informationen:** www.kbv.de/praxis/tools-und-services/qep

Auch Arztpraxen brauchen Betriebsärzte



Folgende Betreuungssysteme sind je nach Praxisgröße möglich:

Praxisgröße (Anzahl aller Angestellten)		Grundbetreuung mit anlassbezogener Betreuung	Alternativbetreuung	Regelbetreuung
1–10		☉	☉	☉
11–50		—	☉	☉
Ab 51		—	—	☉

Auch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen benötigen in ihren Praxen Betriebsärzte. Denn die Aufgaben eines Betriebsarztes kann der Niedergelassene nicht selbst erfüllen. Zum einen würde es dadurch Probleme mit der Schweigepflicht geben. Zum anderen bräuchte er auch die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“.

Es gibt insgesamt drei unterschiedliche „Betreuungssysteme“, die je nach Praxisgröße Anwendung finden: die Grundbetreuung mit anlassbezogener Betreuung, die Alternativbetreuung und die Regelbetreuung für größere Praxen. Bei kleineren Praxen gibt es zwei Betreuungssysteme, bei denen man nur in speziellen Fällen einen Betriebsarzt hinzuziehen muss.

Grundbetreuung mit anlassbezogener Betreuung – was verbirgt sich dahinter?

Die Grundbetreuung mit anlassbezogener Betreuung ist besonders geeignet für Arztpraxen, die selten einen Betreuungsanlass haben. Hierbei wird der niedergelassene Arzt bei der Gefährdungsbeurteilung unterstützt (alle fünf Jahre notwendig). Ansonsten wird der Betriebsarzt nur für besondere Anlässe kontaktiert. Das ist zum Beispiel der Fall bei Fragen zur Sicherheit und zum Gesundheitsschutz, wenn der Arbeitsplatz neu gestaltet wird, oder falls die Mitarbeiter mit neuen Arbeits- oder Gefahrenstoffen in Kontakt kommen. Ein besonderer Anlass kann sich auch aus schweren Unfällen oder einer Berufskrankheit ergeben.

Okay, und was ist die Alternativbetreuung?

Hier übernimmt der Praxisinhaber größtenteils den Arbeits- und Gesundheitsschutz für seine Mitarbeitenden. Dafür muss er eine Schulung absolvieren. Trotzdem ist auch in diesem Modell ein Betriebsarzt nötig. Dieser muss zum Beispiel Betriebsunfälle untersuchen, Berufskrankheiten prüfen, neue Arbeitsplätze einrichten oder neue Arbeitsverfahren oder Gefahrstoffe einführen. Die Bestellung eines Betriebsarztes stellt sicher, dass der Praxisinhaber nicht in Konflikt mit der ärztlichen Schweigepflicht gerät, da sensible medizinische Informationen der Angestellten ausschließlich durch den Betriebsarzt verarbeitet und beurteilt werden dürfen.

Wo kann ich mich für die Alternativbetreuung schulen lassen?

Die LÄK bietet in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft regelmäßige Schulungen an.

Und die Regelbetreuung?

In Betrieben ab 51 Beschäftigten ist die einzige zugelassene Betreuungsform die Regelbetreuung. Nur bei der Regelbetreuung gelten Mindesteinsatzzeiten für den Betriebsarzt, deren Inhalt und Umfang vom Gefährdungspotential des Arbeitsplatzes abhängig sind.

Wie viel Honorar bekommt ein Betriebsarzt?

Das hängt von den Einsatzzeiten ab. Für die Grundbetreuung

werden oft Pauschalen angesetzt. Eine verpflichtende Gebührenordnung für Betriebsärzte gibt es nicht. Holen Sie deshalb mehrere Angebote ein. Selbstständig tätige Betriebsärzte können nach GOÄ abrechnen.

Wo finde ich einen Betriebsarzt?

Die Bezirksärztekammern halten Listen von Ärztinnen und Ärzten vor, die für die arbeitsmedizinische Betreuung qualifiziert sind. *red*

➔ **Merkblatt der Kammer:**
<https://t1p.de/saa90>

➔ **Schulungen LÄK:**
www.aerztekammer-bw.de/alternativbetreuung-fobi-nw



Umgang mit Patienten außerhalb der hausarztzentrierten Versorgung (HzV)

ALLES, WAS RECHT IST! *Juristische Fragen aus der Praxis*

Auch wenn der Arztberuf zu den selbstständigen Berufen gehört, ist der Vertragsarzt aufgrund der Gesetzeslage nicht völlig frei in seinen Entscheidungen. Dies gilt auch bezüglich des Abschlusses eines Behandlungsvertrages mit GKV-Patienten/-Patientinnen. Vermehrt trat die Frage auf, ob gesetzlich versicherten Patienten ein Behandlungsvertrag verwehrt werden darf, wenn diese es ablehnen, sich in die HzV einschreiben zu lassen.

Dürfen Patienten abgelehnt werden, die nicht in die HzV eingeschrieben sind?

Kurz: Nein.

Auch nicht, wenn eine reine HzV-Praxis betrieben wird?

Auch dann nicht. Grundsätzlich darf ein Vertragsarzt Kassenpatienten nicht ablehnen. Eine Ablehnung ist

nur in Ausnahmefällen zulässig. So etwa, wenn der volljährige Patient seine eGK nicht vorlegt. Es besteht aber für den Vertragsarzt eine Verpflichtung, Kassenpatienten zu behandeln. Das ergibt sich aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 75 SGB V) und § 13 Abs. 7 BMV-Ä.

Was sind die rechtlichen Hintergründe?

Eine Behandlung oder Untersuchung vom Vorliegen einer Bedingung – wie das Einschreiben in die HzV – abhängig zu machen, ist rechtlich nicht möglich. Dies gilt umso mehr, als dass gesetzlich geregelt ist, dass die Einschreibung in die HzV für den Versicherten freiwillig ist (§ 73b Abs. 3 S. 1 SGB V) und diese gesetzlich festgelegte Freiwilligkeit der Teilnahme an der HzV dem gesetzlich verbrieften Recht der Patienten auf freie Arzt-

wahl (§ 76 SGB V) Rechnung trägt. Dies trifft auch dann zu, wenn diese Bedingung zu einer anderen (besseren) Vergütung führen würde. Eine Ablehnung der Behandlung eines GKV-Versicherten aufgrund finanzieller Aspekte, wie der unzureichenden Honorierung einer einzelnen Leistung, ist nicht zulässig und verstößt gegen das Vertragsarztrecht (BSG-Urteil vom 14. März 2001, Az.: B 6 KA 54/00 R). Eine möglicherweise bessere Organisation der Patientenströme und Praxisverwaltung ist als Ablehnungsgrund ebenfalls nicht ausreichend. Es ist rechtlich auch nicht möglich, Patienten, die sich nicht ins HzV einschreiben lassen wollen, in den GKV-Leistungen zu beschneiden.

Und wenn das Arzt-Patienten-Verhältnis gestört ist?

Die Behandlung darf nur in begründeten Fällen abgelehnt werden. Be-

gründete Fälle ergeben sich zum Beispiel, wenn das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gestört ist. Wobei diese Störung nicht vom Arzt provoziert werden darf, sondern vom Patienten oder der Patientin ausgehen muss. Des Weiteren muss das Zerwürfnis so stark sein, dass eine Weiterbehandlung unzumutbar ist. Das liegt zum Beispiel vor, wenn dem Arzt ohne plausiblen Grund ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird oder seine therapeutischen Anordnungen bewusst und wiederholt nicht befolgt oder permanent Wunschrezepte und medizinisch nicht gebotene zusätzliche Untersuchungen eingefordert werden. Sie sollten die Gründe für die Ablehnung der weiteren Behandlung genauestens dokumentieren. Sie können auch der Krankenkasse Ihres Patienten die Gründe für die Beendigung des Behandlungsvertrages mitteilen (§ 13 Abs. 7 BMV-Ä).

Gibt es Ausnahmen?

In der Regel wird auch eine Überlastung als Ablehnungsgrund geduldet, wenn durch den hohen Patientenandrang keine qualitätsgesicherte Behandlung mehr möglich ist. Eine Überlastung liegt aber nicht vor, wenn der Arzt oder die Ärztin noch Zeit hat, neue Privatpatienten aufzunehmen. Die Überlastung kann aber nur für einen bestimmten Zeitraum als Begründung herangezogen werden, zum Beispiel für das laufende Quartal.

Wichtig zu bedenken:

Notfälle dürfen nie abgelehnt werden. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn eine akute Behandlungsbedürftigkeit beim Patienten vorliegt, eine Behandlung also keinen Aufschub duldet. Der Arzt muss sich davon überzeugen, ob ein Notfall vorliegt oder nicht. *lh*

„Die Musik macht mich fröhlicher“

Bezirksbeirat und LÄK-Präsident Dr. Wolfgang Miller spielt seit seiner Jugend Kirchenorgel

Seit vielen Jahren ist Dr. Wolfgang Miller eine der prägenden Figuren der ärztlichen Standes- und Berufspolitik in Baden-Württemberg: Er ist Präsident der Landesärztekammer, Mitglied des Bezirksbeirates der BD Stuttgart und niedergelassener Chirurg in Echterdingen. Wer ihn in anderer Rolle erleben oder genauer hören möchte, der muss sonntags in die Heilig-Geist-Kirche nach Steinenbronn gehen. Denn Dr. Wolfgang Miller ist auch passionierter Organist. Was ihn daran fasziniert, erzählt er ergo-Redakteur Kai Sonntag im Gespräch.

Herr Dr. Miller, seit wann spielen Sie Orgel?

Mich begleitet das seit meiner Kindheit. Ich bin in Bad Wurzach in Oberschwaben aufgewachsen. Mein Vater war hauptberuflicher Kirchenmusiker und Musiklehrer. In neun Jahren Klosterschule waren Kirchen, Gottesdienste und Kirchenmusik ein ganz normaler Teil meiner Jugend. Mit 15 Jahren habe ich den ersten Gottesdienst begleitet, mit 16 Jahren die Leitung eines Kirchenchors übernommen und später ein Studium für nebenberufliche Kirchenmusiker absolviert. Während des Medizinstudiums habe ich mir damit ein wenig Geld verdienen können. Auch in meiner Klinikzeit und jetzt als Niedergelassener hat mich die Orgel nicht mehr losgelassen.



Dr. Wolfgang Miller liebt die Werke von Bach

Warum ausgerechnet Orgel?

Ganz einfach, weil in jeder Kirche eine Orgel steht, weil ich dazu im Kloster und auch über meinen Vater Zugang hatte – und weil die Orgel einfach fantastische Möglichkeiten bietet: Allein ein ganzes Orchester zum Klingen zu bringen – das ist schon etwas Besonderes.

Wie oft spielen Sie Orgel?

Wenn es irgendwie geht, spiele ich am Wochenende beim Gottesdienst. Besondere Highlights sind die großen Basilika- und Münsterorgeln in Oberschwaben, aus meiner Jugend habe ich da noch manche Verbindungen.

Warum machen Sie das, was gibt Ihnen das Orgelspiel?

Zuhause hat die Messe am Sonntag dazugehört. An der Orgel macht das einfach mehr Spaß. Ich bin da hineingewachsen. Wenn ich es schaffe, dass die Kirchenbesucher gut miteinander singen, ist das ein gegenseitiges Geschenk. Bei aller Sorge und allem Gebet zu den schweren Anliegen der Welt darf es zwischendurch auch einfach mal schön sein.

Sehen Sie eine Verbindung zu Ihrer Tätigkeit in der Kammer. Färbt so etwas ab?

Der Wolfgang Miller an der Orgel hat andere Aufgaben als der in der

Kammer oder in der Praxis. Aber es ist derselbe Mensch. Und tatsächlich gibt es schon Parallelen: Als Organist muss ich mit dem Vorspiel die Gemeinde auf das Lied einstimmen. Wenn das nicht klappt, dann kommt die Gemeinde nicht ins Lied rein. Und während des Liedes muss ich das Tempo vorgeben, ohne dass das jemand bewusst wahrnimmt. Ich kann einzelne Teile eines Musikstücks hervorheben oder auch weniger betonen. Das ist irgendwie ganz ähnlich, wenn ich Gremiensitzungen in der Landesärztekammer leite. Und vielleicht macht die Musik mich auch einfach fröhlicher und für die Menschen erträglicher, wer weiß?

Spielen Sie Konzerte?

Nein, lange nicht mehr. Ich habe bis zum Ende des Studiums mit einem Freund zusammen ab und zu Konzerte mit Musik für Trompete und Orgel gespielt, für mich unvergesslich sogar ein Festkonzert anlässlich der Jahrestagung der Badearzte in meiner Heimatstadt Bad Wurzach. Aber ganz im Ernst: Wer als Musiker auftritt, etwas zu sagen haben möchte, der muss das trainieren wie jede andere Fähigkeit, sei es intellektuell, manuell chirurgisch oder auch im Sport. Ich freue mich, wenn ich in der Kirche den Gottesdienst begleiten kann. Und ich gehe genauso gerne in Konzerte von Berufsmusikern. Ich kann den Unterschied einschätzen und habe großen Respekt vor diesen Künstlern.

Welche Komponisten und welche Lieder spielen Sie am liebsten?

In Form, Tiefgang und Vielfalt der Musik ist Johann Sebastian Bach unerreichbar. Die „großen Orgelwerke“ von Bach haben mich fasziniert, mit 15 genauso wie mit 60. Als Kontrapunkt mag ich die sogenannten neuen geistlichen Lieder. Ein rhythmisches Lied mit „Drive“ neben einem klassischen Hymnus – das ist eine erfrischende Kombination.



Preis für Forschung

Arbeiten zur Gesundheitsversorgung gesucht

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) schreibt zum 14. Mal den Zi-Wissenschaftspreis „Regionalisierte Versorgungsforschung“ aus. Der Preis würdigt eine herausragende wissenschaftliche Arbeit zur Erforschung regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung Deutschlands. Darunter fallen auch Arbeiten, die sich mit der Umsetzung von Maßnahmen beschäftigen, die die gesundheitliche Versorgung verbessern können und die sich aus Ergebnissen regionalisierter Versorgungsforschung ergeben. Die wissenschaftlichen Arbeiten sollen in den Jahren 2023 bis 2026 entstanden sein beziehungsweise entstehen. Ein unmittelbarer Bezug zu Deutschland muss klar erkennbar sein. Die Auszeichnung ist mit insgesamt 5.000 Euro dotiert; die Einreichungsfrist endet am 15. April 2026. Bewerberinnen und Bewerber

werden gebeten, ihre Unterlagen ausschließlich per Mail an wissenschaftspreis@zi.de einzureichen. Die Preisverleihung mit der Möglichkeit, die prämierte Arbeit öffentlich vorzustellen, ist im Rahmen des nächsten „Zi Congress“ im Herbst 2026 in Berlin geplant. Die prämierte Arbeit wird zudem auf dem Zi-Webportal www.versorgungsatlas.de veröffentlicht.

➔ Weitere Informationen:

Teilnahmebedingungen:
www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Ausschreibungen/Zi-Wissenschaftspreis_2026_Ausschreibung_final.pdf

FAQ:
www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Ausschreibungen/Zi-Wissenschaftspreis_FAQ_Stand_September_2025.pdf

Alles zum Thema Hygiene in Stuttgart

Am Samstag, den 14. März 2026, dreht sich in der Bezirksdirektion Stuttgart zwischen 9.00 Uhr und 17.00 Uhr alles um das Thema Hygiene. Der Hygienetag hält viele informative und praxisorientierte Vorträge für Sie bereit, die das Spannungsfeld zwischen hygienisch korrektem Handeln, Nachhaltigkeit, Infektionsprävention und aktuellen Rechtsvorgaben aufzeigen. Er richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Medizinische Fachangestellte, Hygiene- und QM-Beauftragte sowie an alle Interessierten im niedergelassenen Bereich. Um 9.00 Uhr morgens geht es mit einer Begrüßung durch den KVBW-Vorstand Dr. Karsten Braun los.



Fortbildungspunkte:
zehn

Seminarnummer:
S 225

Wann:
Samstag, 14.03.2026, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort:
KVBW Stuttgart
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Kosten:
159,- Euro

➔ Weitere Informationen:
www.kvbawue.de/hygienetag-2026

Programm

9.30 Uhr bis 11.00 Uhr

- Hygiene bei übertragbaren Krankheiten / Änderungen des Erreger- und Krankheitsspektrums durch den Klimawandel
- Überwachung der aktiven Produkte
- Arbeitsmedizin in der Praxis

11.15 Uhr bis 12.45 Uhr

- Trinkwasserverordnung & Wasser in der Aufbereitung
- Rechtskonforme Müllentsorgung

- Risikobewertung und Einstufung von keimarm oder steril zur Benutzung von kommenden Produkten

13.15 Uhr bis 14.45 Uhr

- Hygiene bei der Reinigung von Flächen / Schwerpunkt: chemische Desinfektion
- Hygiene bei multiresistenten Erregern und Clostridioides difficile
- Hygiene im Spannungsfeld von Klimawandel und Nachhaltigkeit

15.00 Uhr bis 16.30 Uhr

- Erfordernisse an das Qualitätsmanagement im Rahmen der Hygiene bei der Aufbereitung
- Umsetzung von Wäschehygiene in der Arztpraxis
- Aufgaben zur sicheren Anwendung von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln

16.30 Uhr bis 17.00 Uhr
Zusammenfassung des Tages und Ausblick

Seminare der Management Akademie der KVBW (MAK)

Live-Online-/Präsenz-Seminare
Weitere Angebote unter: www.mak-bw.de

MAK-Seminar	Zielgruppe	Datum	Uhrzeit	Ort	Ge- bühr in Euro	CME- Punkte	Seminar-Nr.
ABRECHNUNG / VERORDNUNG							
EBM für Fortgeschrittene – Facharztpraxen	Ärztinnen/Ärzte, Praxismitarbeitende aus der Orthopädie / Chirurgie	11. Februar 2026	15.00 bis 18.30 Uhr	Live-Online	98,-	4	oL 14R
GOÄ für Fortgeschrittene	Ärztinnen/Ärzte, Praxismitarbeitende, nicht für Psychotherapeuten und -therapeuten	25. Februar 2026	15.00 bis 19.00 Uhr	Live-Online	98,-	5	oL 34F
BETRIEBSWIRTSCHAFT / ZULASSUNG							
Gegen diesen Virus hilft kein Medikament – Cyber-sicherheit in der Praxis	Ärztinnen/Ärzte	4. März 2026	15.00 bis 18.00 Uhr	Live-Online	69,-	4	oL 60R
PRAXISMANAGEMENT							
Wundmanagement/effektive Wundversorgung in der Praxis	Ärztinnen/Ärzte, Praxismitarbeitende	7. März 2026	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Freiburg	159,-	11	F 105
Neue Mitarbeitende professionell ausbilden und einarbeiten	Ärztinnen/Ärzte, erfahrene Praxismitarbeitende	26. März 2026	9.00 bis 14.00 Uhr	Live-Online	159,-	8	oL 138F
QUALITÄTSMANAGEMENT							
Basiskurs Qualitätsmanagement	Ärztinnen/Ärzte, Praxismitarbeitende	30./31. Januar 2026	Fr, 14.00 bis 19.00 Uhr + Sa, 9.00 bis 16.00 Uhr	Live-Online	259,-	18	oL 142S
Datenschutz in der Praxis	Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Praxismitarbeitende	10. Februar 2026	9.00 bis 14.00 Uhr	Live-Online	159,-	8	oL 152K
QUALITÄTSSICHERUNG UND -FÖRDERUNG							
Kurs zur Aufbereitung von Medizinprodukten	Ärztinnen/Ärzte, Praxismitarbeitende; Kurs schließt mit einer Prüfung ab	26. bis 28. Februar 2026 + 6. März 2026 (Prüfungstag)	jeweils 9.00 bis 17.00 Uhr Prüfungstag: 9.00 bis 18.15 Uhr	BD Stuttgart	429,-	25	S 177
Moderatorentaining für Qualitätszirkel	Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die einen Qualitätszirkel leiten	7. Februar 2026	9.00 bis 17.00 Uhr	Live-Online	159,-	11	oL 187F
Hautkrebs-Screening – Fortbildung für Hausärzte	Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin	28. Februar 2026	9.00 bis 17.00 Uhr	BD Karlsruhe	229,-	8	K 195

eLearning-Kurse Weitere Angebote unter: www.online-kurse.mak-bw.de

Kursname	Zielgruppe	Weitere Informationen
Grundlagen der Hygiene in der Arztpraxis	Ärztinnen/Ärzte, Praxismitarbeitende und Auszubildende, die in einer Praxis tätig sind und Kenntnisse auf dem Gebiet der Hygiene erwerben, auffrischen oder festigen wollen.	Kurs-Nr.: eL 01/26 Gebühr: 59,- Dauer: 45 min., vertont CME-Punkte: 2
Sicher ist sicher: Datenschutz im Praxisalltag leben und managen	Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Praxismitarbeitende und Auszubildende, die Kenntnisse zum Datenschutz erlangen, erweitern oder vertiefen wollen.	Kurs-Nr.: eL 03/26 Gebühr: 98,- Dauer: 90 min., vertont CME-Punkte: 4
Hieb- und stichfest: Verordnung von Schutzimpfungen	Ärztinnen/Ärzte und Praxismitarbeitende, die aktuell oder künftig Impfungen durchführen und ihre Kenntnisse über deren Hintergründe und Verordnung erwerben, auffrischen oder festigen wollen.	Kurs-Nr.: eL 04/26 Gebühr: 98,- Dauer: 100 min., vertont CME-Punkte: 4
Jetzt zählt's: Hausärztliche Grundlagen des EBM	Ärztinnen/Ärzte und Praxismitarbeitende in Hausarztpraxen, die Leistungen nach dem EBM abrechnen und diesbezügliche Kenntnisse erwerben, erweitern oder auffrischen wollen.	Kurs-Nr.: eL 05/26 Gebühr: 98,- Dauer: 110 min., vertont CME-Punkte: 4
WirkstoffWissen: Verordnung von Sprechstundenbedarf	Ärztinnen/Ärzte und Praxismitarbeitende, die Kenntnisse zur Verordnung von SSB erwerben, erweitern oder auffrischen wollen.	Kurs-Nr.: eL 07/26 Gebühr: 98,- Dauer: 90 min., vertont CME-Punkte: 4
Mittel und Wege: Verordnung von Heilmitteln	Ärztinnen/Ärzte und Praxismitarbeitende, die Kenntnisse zur Verordnung von Heilmitteln erwerben, erweitern oder auffrischen wollen.	Kurs-Nr.: eL 08/26, Gebühr: 98,- Dauer: 90 min., vertont CME-Punkte: 4
Fit und fair im Umgang mit IGeL-Angeboten	Ärztinnen/Ärzte und Praxismitarbeitende, die aktuell oder künftig IGeL anbieten und ihre Kenntnisse darüber erwerben, erweitern oder auffrischen wollen.	Kurs-Nr.: eL 10/26 Gebühr: 98,- Dauer: 90 min., unvertont CME-Punkte: 4



Für Fragen steht das Team der MAK unter

0711 7875-3535

zur Verfügung.

Sichern Sie sich jetzt Ihren Seminarplatz. Nutzen Sie den Weg der Onlineanmeldung unter: www.mak-bw.de

Auf unserer Website finden Sie weitere aktuelle Informationen zu unseren Seminarangeboten.

www.mak-bw.de



Impressum

ergo Ausgabe 3/2025

Zeitung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
ISSN 1862-1430

Erscheinungstag:
27. November 2025

Herausgeber:
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

Redaktionsbeirat:
Dr. med. Karsten Braun,
Vorsitzender des Vorstandes (V. i. S. d. P.)
Dr. med. Doris Reinhardt
Stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes
Kai Sonntag, Eva Frien, Martina Tröscher

Redaktion:
Eva Frien (ef), Gabriele Kiunke (gk),
Martina Tröscher (mt)

Anschrift der Redaktion: Redaktion **ergo**
KVBW Bezirksdirektion Karlsruhe
Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe
Telefon 0721 5961-1209, Telefax 0721 5961-1188
ergo@kvbwue.de

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Julia Alber (ja), Bernd Gemeinder (bg), Larissa Henkel (lh), Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv), Rüdiger Kucher (rk), Christoph Link (cl), Marion Raschka (mara), Kai Sonntag (ks), Jasmin Winkler (jw), Ute Wutzler (uw),

Fotos und Illustrationen:

S. 1: iStock/franckporter
S. 2: KVBW/Norman Ill
KVBW/Andreas Neukamm
iStock/TomML
S. 4: picture alliance/dpa/Britta Pedersen vdek
S. 5: Patrick Werner
KVBW
S. 6: KVBW/Norman Ill
KVBW/Martina Tröscher
S. 7: KVBW/
Christoph Link
S. 8: iStock/Liudmila Chernetska
Andrea Nuding
S. 9: KVBW/Norman Ill
iStock/Mickis-Fotowelt
iStock/AnnaStills
S. 10: Universität Witten Herdecke
iStock/Laurence Dutton
S. 11: iStock/Maria Pilar Martinez Aguerri
S. 12: iStock/ljubaphoto
iStock/champpixs
S. 13: iStock/filadendron
S. 14: Miller privat
S. 16: Schröder privat
German Doctors
Julia Sellmann

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Auflage:
25.400 Exemplare

Gestaltung und Produktion:
Norman Ill

Die Redaktion behält sich die Kürzung von Leser-schriften vor. Die in dieser Zeitschrift veröffent-lichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers.

ergo auch im Internet:
www.kvbawue.de/ergo

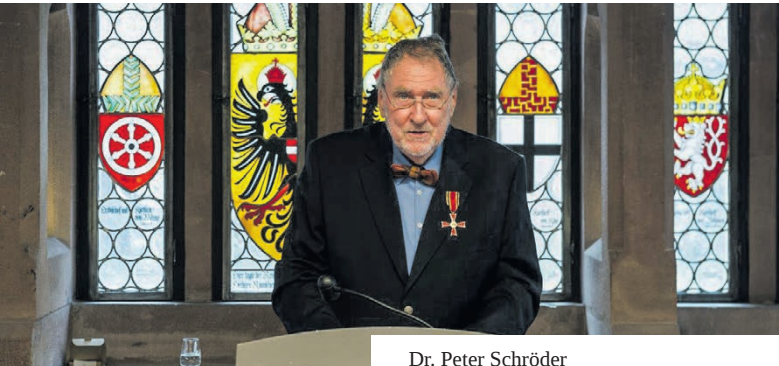
Auszeichnung: Freiburger Arzt setzt sich für traumatisierte Menschen ein

„Dumela Rra, wena, o kae?“, sagte der Bürgermeister von Freiburg, Martin Horn, an einem Vormittag im Oktober zu Dr. Peter Schröder. „Guten Tag, wie geht’s“ heißt das auf Setswana, der Sprache von Botswana.

Dr. Schröder ging’s so lala, denn der Allgemeinmediziner, Psychotherapeut und Psychotraumaexper-

nach Deutschland zurückkehren musste. Später war er für „Ärzte ohne Grenzen“ und andere Hilfsorganisationen immer wieder in Afrika, so etwa in Südafrika, wo er bei Mandelas Wahrheitskommission ehrenamtlich mit Überlebenden des Apartheid-Regimes arbeitete. Flüchtlinge kamen aber schon in seine allgemeinmedizinische Praxis in Freiburg. Eine Arbeit, die ihn

Schicksal nichts ändern zu können. „Dann arbeitet man systematisch daran, was man trotz des Traumas alles noch kann. Mit diesen Ressourcen hat man eine andere Perspektive auf das Trauma. Es bleibt dann zwar immer noch eine große Katastrophe im eigenen Leben. Aber man kann sich trotzdem irgendwie noch eine Zukunft vorstellen.“ Auch nach seinem Ruhestand 2015 engagierte sich Schröder als Oberarzt an der Uniklinik Freiburg, um dort in der Erstaufnahmestelle die medizinische und psychologische Hilfe für Flüchtlinge zu koordinieren. Das Engagement setzte sich selbst nach einer schweren Krebserkrankung fort. Sein Wissen gibt der 75-jährige Arzt nun an andere weiter, in Kursen und im Verein „Forum südliches Afrika“. Motivation seien für ihn die Erfolgserlebnisse, die es immer wieder gebe. „Wenn Menschen, die manchmal schon 15 bis 20 Jahre in Deutschland waren, aber immer noch nicht arbeiten durften und mit Familie in einer Gemeinschaftsunterkunft wohnen mussten, irgendwann mal stolz mit einer dauerhaften Aufenthaltserlaubnis oder sogar einem deutschen Pass vorbeikamen - das waren immer ganz besondere Momente.“ Die KVBW gratuliert Dr. Peter Schröder und sagt: „Re a leboga“, wir schätzen Dein Engagement! ef



Dr. Peter Schröder

te war sehr aufgeregt und berührt, da er an diesem Tag im alten Freiburger Rathaus das „Verdienstkreuz am Bande“ des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen bekommen sollte. Grund für die Verleihung waren seine Verdienste um traumatisierte Flüchtlinge weltweit. Bereits seit den 80er Jahren war der Arzt als Entwicklungshelfer vier Jahre in Botswana, bis er wegen einer Tuberkulose-Erkrankung

erfüllte, weil „man mit kleinen Dingen ganz viel bewegen kann.“ Zum Beispiel, indem man ihnen sagt: „Ich freue mich, dass ich Sie kennenlernen darf, dass Sie die Flucht geschafft haben und jetzt hier in Sicherheit sind. Herzlich willkommen in Deutschland.“ So begrüßt, fließen bei vielen Tränen. Bei einem Trauma, sagt Schröder, fühle man sich meist völlig hilflos, weil man glaube, an seinem



Shoppen und spenden

Helfen Sie den German Doctors mit Ihrer Spende bei der ärztlichen Ausstattung



Mit einem Arztkoffer aus dem Spendeshop der German Doctors helfen Sie benachteiligten Menschen und geben ihnen die Chance

auf ein gesundes und selbstbestimmtes Leben. Gerade zu Weihnachten ist das auch eine tolle Möglichkeit, eine Spende statt eines herkömmlichen Geschenks zu „verschenken“. Auf der Website der German Doctors kann man ganz individuell zusammenstellen, was man verschenken will. So kostet eine Diagnostik 4,00 Euro, eine HIV-Hilfe 15,50 Euro oder eine Wundversorgung 7,00 Euro. Wer mehr anlegen will, kann zum Beispiel eine Schwangerenbetreuung für 50,00 Euro ordern. Packen Sie allein oder gemeinsam mit Freunden einen Koffer. Die German Doctors freuen sich über die Ausrüstung für ihren Einsatz und die Patienten und Patientinnen in den Projektregionen können dank Ihres gut gefüllten Arztkoffers behandelt werden. ef

➔ www.german-doctors.de/de/sinnvoll-spenden/spendeshop

Die Organe – Lehrmeister für ein gelingendes Leben

Ratgeber in der Medizin gibt es viele. Mit „Organisch“ hebt sich Giulia Enders von der Masse ab. Wie schon in ihrem Buch „Darm mit Charme“ versteht es die Ärztin, Neugierde zu wecken und mit Humor wissenschaftliche Erkenntnisse und komplexe Zusammenhänge verständlich zu vermitteln.

„Organisch“, das neue Werk von Giulia Enders, lädt zu einer Entdeckungsreise in den menschlichen Körper ein. Im Buch dreht sich alles um die Lunge, das Immunsystem, die Haut, die Muskeln und das Gehirn. Die Empathie der Autorin für diese wertvollen Akteure des menschlichen Körpers ist durchweg greifbar. Sie rückt deren oft im Verborgenen geleistete Arbeit in den Fokus, versteht sie als Lehrmeister für ein gelingendes Leben und gesellt ihnen Paten zur Seite – wie etwa der Lunge namens Oma Müdgi. Die Organe als Maschinen zu sehen,



Ärztin und Autorin Giulia Enders

liegt Giulia Enders fern. Sie regt dazu an, den menschlichen Körper als lebendiges, komplexes System zu entdecken, das weit mehr leistet, als man sich vorzustellen vermag. Die Leser erfahren, wie sie mit ihrem Körper, nicht gegen ihn leben und dass schon kleine Anpassungen viel bewirken können, um im

Einklang mit dem eigenen biologischen System zu stehen.

Ruhiges Herz

So findet sich etwa in dem Kapitel, das sich der Lunge widmet, neben spannenden Infos zu Sauerstoffradikalen oder der Luftverschmutzung auch das Thema Atemtechniken, und der Tipp, „es lohne sich“ langsamer auszuatmen. Wer im Schnitt über den Tag länger aus- als einatmet, hat statistisch gesehen seltener stressassoziierte Krankheiten. Die Erklärung: In den Sekunden des Ausatmens verlangsamt sich der Herzschlag, das Herz bekommt so mehr Ruhe, die Hektik fällt weg.

Das Entstehen von Autoimmunkrankheiten

Im Kapitel Immunsystem wird nicht nur der Unterschied zwischen Viren und Bakterien erklärt und wie etwa Impfen funktioniert. Man lernt die Akteure des auf Sicherheit

bedachten Immunsystems kennen, die eher neugierig darauf sind, den Körper gut kennenzulernen, als angriffslustig zu sein. Das Immunsystem agiert überlegt, erklärt Giulia Enders. Es zu stärken sei nicht immer unbedingt die beste Idee, denn ein gestärktes Immunsystem könne mithin auch überreagieren, Harmloses attackieren und so etwa zum Entstehen von Autoimmunkrankheiten beitragen. Wer seinem Immunsystem Gutes tun möchte, kann beispielsweise auf genügend Schlaf achten. Im Schlaf wird nicht nur der „Akku“ aufgeladen. Besonders im Tiefschlaf werden viele Immunzellen gebildet.

Tintin

Die Autorin versteht es immer wieder, die Aktionen im menschlichen Körper auf das Leben zu übertragen. Im Kapitel Muskeln unterstützt die Proteinfeder „Titin“ die Muskulatur so effektiv, dass aus Lastenhebern Steinschleudern werden. Für

das Arbeitsleben zu bedenken: Eine motivierte Mitarbeiterin, die sich nicht nur um ihren eigenen Erfolg bemüht, sondern anderen hilft, steigert die Leistung des ganzen Teams.

Gleichgewicht der Organe

Die Haut, die für Beziehungen steht, und das Gehirn, das Denken und Sein repräsentiert, werden in den weiteren Kapiteln vorgestellt. Bis zu zehn Billionen Euro würde ein menschlicher Körper kosten, wollte man ihn nachbilden - mit Herzlungen-Maschine, Prothesen und so weiter. Ein Grund, sorgsam mit ihm umzugehen. Zum Abschluss ein Gedanke, der gut in diese Zeit passt: Würden die Menschen für das Zusammenleben die Organe ihres Körpers zum Vorbild nehmen, die auf ein Gleichgewicht bedacht sind – es könnte ein Zustand des „Friedens“ sein, resümiert Giulia Enders. ja

➔ Giulia Enders, Organisch, Ullstein Verlag, 24,99 Euro



Ein frohes Fest und einen guten Start ins Jahr 2026 wünscht die ergo-Redaktion allen Mitgliedern der KV Baden-Württemberg