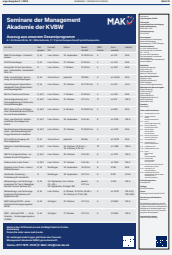


ergo

Inhaltsverzeichnis 2/2026

1 Titelseite	Beitragssatzstabilisierungsgesetz Deutliche Sparmaßnahmen auf Kosten der ambulanten Versorgung beschlossen. Kommentar Passgenaue Lösungen		9 KVBW - Welt	eHealth Forum Freiburg Veranstaltung beschäftigte sich mit der Zukunft der Digitalisierung im Gesundheitswesen	
2 Schwerpunkt	Protest gegen geringere Honorare Psychotherapeuten demonstrierten bundesweit Notfallvorsorge Vorbereitung auf Stromausfälle		10 KVBW - Welt	Docdirekt Telemedizin-Plattform wurde ausgezeichnet Praxis-Hospitationen KVBW-Mitarbeitende erhalten Einblick	
3 Schwerpunkt	Folgen des Spargesetzes Zwei Ärzte schildern, wie sich das neue Gesetz auf ihre Praxen auswirken wird		11 Unternehmen Praxis	Erfahrungsbericht: Telemedizin im ABD Interview mit Dr. Armin Hartmann Neuer Vorstand der AAA Dr. Braun vertritt Praxisarbeitgeber	
4 Gesundheitspolitik aktuell	HNO-Versorgung in Rottweil Ansiedlung eines MVZ stabilisiert Versorgung Finanzkrise der GKV Gastbeitrag über Gründe des Geldmangels		12 Unternehmen Praxis	Schutzimpfungsvereinbarung Vereinfachung der Impfversorgung Fortbildungsplattform FGM/C E-Learning Module zum Thema Genitalverstümmlung	
5 Gesundheitspolitik aktuell	Neuer Gesundheitsminister Interview mit Oliver Hildenbrand Pläne der Landesregierung Ziele der neuen Koalition		13 Arzt und Therapeut	Alles, was Recht ist Sozialpädiatrische Zentren Medikationsbrief Digitales Format soll Zusammenarbeit erleichtern	
6 Gesundheitspolitik aktuell	Notfalldienstgesetz Entwurf enthält zusätzlichen Hausbesuchsdienst Apothekenreform Zuständigkeiten werden verschoben		14 Arzt und Therapeut	Arzt fragt, KV antwortet Verordnung von Biologika Umgang mit Patienten außerhalb der HzV Ablehnung nur in begründeten Fällen	
7 KVBW - Welt	Bereitschaftsdienst Reform geht weiter Postakute Infektionssyndrome Studie will Versorgung verbessern		15 Seminare Veranstaltungen	Seminare der Management Akademie Das Programm	
8 KVBW - Welt	Gesundheitskongress in Berlin KVBW prominent vertreten Aktive Vernetzung vor Ort Beispiel aus dem Zollernalbkreis		16 letzte Seite	Neues KVBW-Design Markenauftritt wird moderner Änderungen in der VV Erstmals Psychotherapeutin im VV-Vorstand	

ergo

www.kvbawue.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg**



Erstmals zu Gast beim traditionellen Sommerempfang der Ärzte-, Zahnärzte- und Psychotherapeutenchaft: der neue Gesundheitsminister Oliver Hildenbrand (Grüne) mit den Vorständen Dr. Doris Reinhardt und Dr. Karsten Braun

KOMMENTAR
VON DR. BRAUN



Versorgung nach
Kassenlage

Mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz hat die Bundespolitik eine Richtungsentscheidung getroffen. Nicht mehr der medizinische Bedarf der Patientinnen und Patienten setzt künftig die Maßstäbe, sondern die finanzielle Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen. Wenn Leistungen budgetiert, Mengen begrenzt und finanzielle Spielräume eingeschränkt werden, wirkt sich das zwangsläufig auf die Versorgung aus. Das ist die schlichte Realität jedes wirtschaftlich arbeitenden Systems. Besonders irritierend ist, mit welcher Selbstverständlichkeit auf den Sicherstellungsauftrag der KVen verwiesen wird. Der Sicherstellungsauftrag ist kein Zauberwort, mit dem sich politische Entscheidungen folgenlos machen lassen. KVen erfüllen ihren Auftrag innerhalb der Rahmenbedingungen, die die Politik vorgibt. Werden diese Rahmenbedingungen verschlechtert, hat das zwangsläufig Auswirkungen auf die Möglichkeiten der Sicherstellung. Niederlassungsförderung in strukturschwachen Regionen, Förderprogramme für die Weiterbildung, Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung oder Strukturen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes finanzieren sich nicht von selbst. Wenn den Praxen Mittel entzogen werden, reduziert sich auch der Handlungsspielraum der Selbstverwaltung. Dabei wäre gerade jetzt das Gegenteil erforderlich. Immer mehr ältere Patienten benötigen medizinische Leistungen, gleichzeitig geht eine große Zahl niedergelassener Ärzte in den Ruhestand. In einer solchen Situation ausgerechnet das ambulante System finanziell zu bremsen, erscheint schwer nachvollziehbar. Deshalb sollte niemand überrascht sein, wenn Praxisinhaber Investitionen verschieben oder die Übernahme einer Praxis kritisch hinterfragen. Diese Entscheidungen entstehen aus wirtschaftlicher Vernunft. Gute Versorgung gibt es nicht zum Nulltarif.

Schlechte Diagnose, falsche Therapie

Ein schwarzer Tag für diejenigen, die Tag für Tag und Nacht für Nacht die ambulante Versorgung aufrechterhalten. Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz hat den Bundestag und den Bundesrat passiert und tritt in wesentlichen Teilen zum 1. Januar 2027 in Kraft.

In Windeseile wurde damit ein Gesetz durch das parlamentarische Verfahren gepeitscht, das die Versorgungslandschaft nachhaltig verändern wird. Ob das Gesetz seinem Namen gerecht wird, ist noch abzuwarten. Auf alle Fälle klar ist, dass es massive Honorareinbußen für die Praxen zur Folge hat, insbesondere im gebietsfachärztlichen

Bereich. Zwar sind alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen betroffen, aber besonders die ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten sind mit einer nie dagewesenen Härte von Kürzungen der Vergütung betroffen. Mit einem Handstreich werden allein der ambulanten Versorgung in Baden-Württemberg mindestens 192,6 Millionen Euro entzogen.

Besonders Fachärzte betroffen

Der fachärztliche Bereich ist mit 164,0 Millionen Euro besonders stark betroffen, den hausärztlichen Bereich trifft es mit 28,6 Millionen Euro. Dabei führen

Mehrleistungen nur noch bei Haus- und Kinderärzten – infolge der weiterhin gültigen „Entbudgetierung“ von Kapitel 3 EBM, Hausbesuchen und Kapitel 4 EBM – zu Nachzahlungen der Krankenkassen, gegebenenfalls aber mit Abschlägen.

Vertrauen verspielt

Gestraft werden nun alle, die genau das gemacht haben, was der Gesetzgeber noch vor wenigen Jahren wollte: Versicherten schnell Zugang zu ambulanter Versorgung auf hohem Qualitätsniveau gewähren und ambulantisierbare Leistungen aus dem stationären in

den ambulanten Bereich verlagern. Die KVBW-Vorstände Dr. Karsten Braun und Dr. Doris Reinhardt halten fest: „Von Vertrauen in die Politik und deren Umgang mit uns kann nicht mehr die Rede sein.“

Bundesregierung entzieht sich eigener Verantwortung

Der Bund entzieht sich weiterhin fast vollständig seiner eigenen Verantwortung und lastet die Kosten für die Gesundheitsausgaben der Grundsicherungsempfänger den Beitragszahlern auf. Zusätzlich wird Patientinnen und Patienten auch weiterhin suggeriert,

Fortsetzung auf Seite 2

**Konsequenzen
für die Versorgung**

Die Sparmaßnahmen werden notwendigerweise auch Einschränkungen für Patientinnen und Patienten bringen. Die Einbußen bei der Vergütung durch das neue Gesetz können je nach Fachgruppe mehr als 18 Prozent ausmachen. Zwei Ärzte erklären, wie sich die Änderungen auf ihre Praxen auswirken und warum sie massive Verschlechterungen für ihre Patientinnen und Patienten befürchten.

Mehr auf Seite 3

**Neuer Minister
erklärt Prioritäten**

Im Frühjahr wurde in Baden-Württemberg ein neuer Landtag gewählt. Oliver Hildenbrand folgt als neuer Minister für Soziales, Arbeit und Gesundheit auf Manfred Lucha, der nach zehn Jahren im Amt nicht mehr angetreten ist. Im Interview erklärt Hildenbrand, was er sich für diese Legislaturperiode vorgenommen hat und mit welchen Maßnahmen er die ambulante Versorgung im Land stärken möchte.

Mehr auf Seite 5

**eHealth Forum
Blick in die Zukunft**

Was plant die Regierung bei der Digitalisierung? Wie kommt der Mehrwert spürbar in Praxen an? Welche neuen Pflichten ergeben sich für Praxen bei der Nutzung von digitalen Anwendungen? Das eHealth Forum richtete mit Vorträgen von Expertinnen und Experten den Blick nach vorn. Im Fokus standen die Entwicklungen bei der ePA, künstliche Intelligenz, die Chancen von Telemedizin und IT-Sicherheit.

Mehr auf Seite 9

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

Fortsetzung von Seite 1
dass sich für sie nur geringfügig etwas an der Versorgungslage ändern wird. Es seien nur ein paar überflüssige Zuschläge bei den Ärzten gestrichen worden. Die Unehrlichkeit der Politik, die daraus zwangsläufig resultierenden Einschränkungen der Versorgung gegenüber dem Wähler auch noch zu negieren oder sogar als Verbesserung zu verkaufen, ist unerträglich.

Nachträglich verschärft

Neben den Wartezeitzuschlägen, der Vergütung für Organ- und Gewebespenderberatung, Zuschlägen zur Kurzzeittherapie bei ambulanter Psychotherapie sowie der Erstbefüllung und Aktualisierung der elektronischen Patientenakte werden nun auch Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand auf Versicherten- und Grundpauschalen zum Jahresbeginn ersatzlos gestrichen. Dies kostet die Mitglieder der KVBW zusätzliche 19,5 Millionen Euro.

TSVG-Mittel: keine Rückführung

Unverständlich ist die Regelung, Finanzmittel für die bisher extrabudgetär vergüteten TSVG-Konstellationen nicht in die Mobilitätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) zurückzuführen. So werden nochmals mehr als 50 Millionen der vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg entzogen. Angesichts von prognostizierten fachgruppenspezifischen Verlusten von bis zu 18,8 Prozent wird Ärzten dringend geraten, die betriebswirtschaftliche Situation ihrer Praxis zu prüfen und die Personal- und Praxisorganisation erforderlichenfalls vorausschauend anzupassen. Die KVBW setzt sich weiterhin für die maximal mögliche Schadensbegrenzung ein. ks



Proteste im Juni in Stuttgart



KVBW-Vorstand Dr. Karsten Braun bei einer Demonstration im März

Protest gegen die Reduzierung der psychotherapeutischen Honorare

Die Senkung der Vergütung von Psychotherapeuten führte bundesweit zu Protestaktionen. Die KBV reichte Klage gegen die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses ein. Ein Gericht hat die Anwendung der Honorarkürzung nun vorerst ausgesetzt.

Erstmals wurde eine Leistung reduziert

Noch nie zuvor hatte der Bewertungsausschuss die Vergütung einer Leistung reduziert. In seiner Sitzung wurden aber die Honorare der Psychotherapeuten mit Wirkung zum April 2026 um 4,5 Prozent abgesenkt. Psychotherapeutische Leistungen unterliegen im SGB V einer klaren Schutzregel: Die Vergütung muss angemessen sein und ein vergleichbares Einkommen zu ärztlichen Fachgruppen ermöglichen. So steht es im Gesetz. Dafür ist ein jährlicher Abgleich

vorgeschrieben. In der Sitzung wollten die Krankenkassen diese Regel in Zeiten leerer Kassen missbrauchen. Sie legten die Regelung so aus, dass sie daraus eine Abwertung ableiten konnten. Aus Sicht der Kassen seien die psychotherapeutischen Honorare in den letzten Jahren zu stark gestiegen. Dementsprechend forderten sie im Bewertungsausschuss eine Absenkung um zehn Prozent. Die KBV hat dem Vorschlag der Kassen nicht zugestimmt, sodass der Erweiterte Bewertungsausschuss entscheiden musste.

Bundesweite Proteste

Der Protestzug von Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei der zentralen Protestveranstaltung in Stuttgart am 28. März war mehrere Hundert Meter lang. Die Empörung vor Ort war groß. KVBW-Vorstand Dr. Karsten Braun betonte in seiner Rede die Bedeutung der

Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die Versorgung. Aus seiner Sicht wird die Versorgungsrealität mit der Entscheidung des Ausschusses komplett außer Acht gelassen. In den Praxen der Psychotherapeuten gebe es lange Wartezeiten. Viele Patientinnen und Patienten suchten verzweifelt einen Therapieplatz. Das sei aber alles egal. Politik und Kassen fordern mehr Termine, schnellere Termine, neue Leistungen – und wollen die Verantwortung nicht tragen. Dr. Braun stellte klar, dass die Abwertung bei steigenden Kosten ein direkter Angriff auf die Existenz der Praxen ist. Auch nach dem 28. März fanden bundesweit wiederholt Protestaktionen gegen die Kürzungen statt.

Erhebliche rechtliche Bedenken

Die KBV hatte gegen den Beschluss Klage eingereicht. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hatte laut KBV „erhebliche rechtliche

Bedenken an der Rechtmäßigkeit des Beschlusses“ und setzte die Absenkung im Zuge des Eilrechtsschutzes vorläufig aus. Die Vorstände der KBV werteten das als ersten wichtigen Erfolg: „Wir blicken nun zuversichtlich dem Hauptsacheverfahren entgegen.“

Weitere Einsparungen geplant

Die KVBW hat die Protestmaßnahmen unterstützt und sich mehrfach öffentlich auf verschiedenen Kommunikationskanälen gegen die Reduzierung der Honorare gestellt. Durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz sind zusätzliche Einsparungen vorgesehen, die auch die Psychotherapeutenpraxen betreffen. So werden die psychotherapeutischen Leistungen wieder der Budgetierung unterzogen. Am Ende trifft dies vor allem die Patientinnen und Patienten. Psychisch kranke Menschen brauchen Stabilität – nicht Sparprogramme. ks

Vorbereitet für den Ernstfall

Praxen sollten sich im Vorfeld Gedanken darüber machen, wie sie die Versorgung auch in Krisen sicherstellen

Stromausfälle wie in Berlin Anfang des Jahres und im Juni in Reutlingen haben gezeigt, dass unsere Infrastruktur verwundbar ist. Ob Anschläge, Extremwetter, Hackerangriffe oder andere Ereignisse: Die Liste an Vorfällen, die den Versorgungsalltag unvorhergesehen vor große Herausforderungen stellen

können, ist lang. Umso wichtiger ist es, sich bereits im Vorfeld Gedanken über den Ernstfall zu machen. Die Bundesregierung arbeitet aktuell am sogenannten Gesundheitssicherstellungsgesetz, in dem Regelungen für Krisensituationen festgelegt werden sollen. Zudem hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche

Versorgung (Zi) bis Ende Juni im Zuge des Zi-Praxis-Panels die Krisen- und Katastrophenresilienz von Praxen erfasst und wertet diese aktuell aus. Die KVBW unterstützt Praxen mit ihrer Beratung Qualitäts- und Praxismanagement bei Fragen zu den Themen Krisenvorsorge und Notfallmanagement. fu



Stromausfälle können plötzlich auftreten.

Notfallmanagement bedeutet, Vorsorge zu treffen. Viele Vorkehrungen können bereits heute getroffen werden. Im Falle eines ungeplanten Stromausfalls sollte eine Praxis unter anderem folgende Fragen zur Sicherstellung der Basisversorgung beantwortet haben:

- Welche Patienten können wir noch behandeln?
- Wohin schicken wir die Patienten, die nicht mehr ausreichend versorgt werden können, aber einer Versorgung bedürfen?
- Wie kommunizieren wir im Team miteinander?
- Benötigen wir Regeln für Einsatzzeiten, Treffpunkte, Anwesenheiten?
- Wie dokumentieren wir die Behandlung?
- Wie lagern und sichern wir diese Dokumentation?
- Welche Informationen gehören in einen Aushang?

Wichtig ist, das gesamte Praxisteam in einer Teambesprechung für das Thema zu sensibilisieren. Zudem empfiehlt es sich, in regelmäßigen Abständen die praxisinternen Abläufe pro Szenario auf Aktualität und Umsetzbarkeit zu überprüfen. Die KVBW stellt verschiedene Informationsmaterialien bereit, die bei der Vorbereitung helfen.

➔ Diese finden Sie auf der KVBW-Website unter: www.kvbawue.de/notfallmanagement-praxis/



GKV-Spargesetz verschärft Versorgungsprobleme: Ärzte warnen vor konkreten Folgen für Patienten



Jörg Decker aus Karlsruhe will weniger operieren.



Marcus von Deimling aus Freiburg hat weniger Kapazitäten für Neupatienten.

Die im Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Sparmaßnahmen werden die ambulante Versorgung in Baden-Württemberg spürbar verschlechtern. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat zwei niedergelassene Ärzte befragt, welche Konsequenzen dieses Gesetz für ihren Praxisalltag hat. Sie befürchten eine massive Verschlechterung für ihre Patientinnen und Patienten.

Allein durch Leistungsstreichungen droht durch das GKV-Spargesetz ein durchschnittlicher Honorarverlust von rund 15.000 Euro pro Jahr für jede der 13.000 Praxen und MVZ. Die Einbußen können je nach Fachgruppe bis zu 18 Prozent betragen. Dadurch erhalten Praxen und MVZ rund 193 Millionen Euro weniger für ihre ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, so Berechnungen der KVBW. Hinzu kommen noch

weitere Umsatzverluste. Denn zusätzlich werden die finanziellen Spielräume für die ambulante Versorgung in den Jahren 2027 bis 2029 weiter eingeschränkt. Preis- und Mengenentwicklungen werden dann auf die Grundlohnsumentwicklung minus ein Prozent begrenzt. Gleichzeitig entfällt die bislang extrabudgetäre Vergütung für Patienten, die durch Hausärzte oder über die Terminservicestellen (TSS) vermittelt werden. Die Vorstände Dr.

Karsten Braun und Dr. Doris Reinhardt befürchten, dass Versicherte mit noch längeren Wartezeiten und erheblich eingeschränkten Leistungsangeboten rechnen müssen.

Hoher Aufwand bei Neupatienten

Wie sich die geplante Abschaffung der extrabudgetären Vergütung für TSS-Patienten auswirken könnte, beschreibt der Rheumatologe Dr. Marcus von Deimling aus Freiburg. Wartezeiten für Rheumatologie-Termine liegen oft bei mehreren Monaten. Bislang bekommt der angestellte Facharzt wöchentlich mehrere Neupatienten, die eine dringliche rheumatologische Abklärung benötigen, über die Terminservicestelle oder durch den direkten Kontakt mit dem Hausarzt vermittelt. Die Erstuntersuchung inklusive Nachbereitung bedeutet einen erheblichen Aufwand für von Deimling, weil unter anderem auch die Sichtung aller Vorbefunde notwendig ist. „Ein neuer Patient erfordert so viel Zeit wie die Behandlung von drei bereits bekannten Patienten“, erläutert von Deimling.

Strengere Vorauswahl

Schon jetzt würden im Budget nicht alle Fälle bezahlt, die in einem Quartal behandelt werden. Da es ohnehin zu wenige Rheumatologen gäbe und der Druck durch die Kostenentwicklung in den Praxen enorm gestiegen sei, „werden aufwendige Patienten unattraktiv, wenn der Mehraufwand nicht anerkannt wird“, befürchtet von Deimling. Die Folge wäre eine noch strengere Vorauswahl. Von Deimling weist zudem auf strukturelle Probleme hin. In den kommenden Jahren wird ein erheblicher Teil der niedergelassenen Rheumatologen altersbedingt ausscheiden, und zu wenig neue Fachärztinnen und Fachärzte werden weitergebildet, um diese Lücke zu füllen. Gleichzeitig gelten Patienten mit gesicherter Rheumaerkrankung als chronisch krank und

benötigen eine fachärztliche Betreuung, die langfristig Kapazitäten bindet. „Wenn wir unter diesen Bedingungen weniger Anreize haben, neue Patienten aufzunehmen, verschärft sich das Versorgungsproblem weiter“, befürchtet von Deimling.

Auch Dr. Jörg Decker, Orthopäde, Unfall- und Handchirurg aus Karlsruhe, rechnet mit massiven Einschnitten für die GKV-Versicherten. Der niedergelassene Arzt, der sich auf handchirurgische Eingriffe spezialisiert hat und jährlich zahlreiche kleinere Operationen durchführt, sieht besonders diesen Bereich gefährdet. Denn zur Förderung der Ambulantisierung wurden ambulante Operationen bisher außerhalb von Budgetgrenzen verordnet. Nun soll es dafür wieder Obergrenzen mit quotierten Vergütungen geben. „Wenn diese Leistungen nicht mehr kostendeckend vergütet werden, stellt sich für mich die Frage, ob ich sie weiterhin anbieten kann.“

Versorgungslücke wahrscheinlich

Der organisatorische und finanzielle Aufwand für ambulante Operationen sei erheblich, betont Decker. Neben einem ausgestatteten OP-Saal seien qualifiziertes Personal, Instrumente und Materialien, aufwendige Sterilisationsprozesse und höhere Versicherungsprämien notwendig. „Dieser Aufwand muss sich rechnen. Wenn ich es nicht bezahlt bekomme, dann mache ich es nicht. Ich kann nicht umsonst arbeiten.“ Die Konsequenzen würden unmittelbar die Patienten treffen. „Viele dieser Eingriffe werden in Kliniken gar nicht angeboten. Wenn Praxen sie nicht mehr durchführen, entsteht eine echte Versorgungslücke“, warnt Decker. Die geplanten Maßnahmen stehen aus Sicht der KVBW im Widerspruch zu gesundheitspolitischen Zielen, die ambulante Versorgung zu stärken und stationäre Leistungen zu reduzieren. Stattdessen droht nun eine Schwächung der wohnortnahen Versorgung.

gk

Feststehende Auswirkungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes

exemplarisch anhand von Honorarergebnissen des Jahres 2025, Stand: 09.07.2026					
Fachgruppe	Gesamthonorar	Geschätzter Rückgang gesamt / relativ		davon TSVG (Zuschläge und Honorar)	
	€	€	%	€	%
Hausärzte	1.377.000.000	26.160.000	1,9%	4.400.000	0,3%
Kinderärzte	269.000.000	2.415.000	0,9%	600.000	0,2%
Anästhesiologie	86.000.000	572.000	0,7%	450.000	0,5%
Augenheilkunde	302.500.000	11.500.000	3,8%	8.900.000	2,9%
Chirurgie/Neurochirurgie	164.000.000	13.050.000	8,0%	9.850.000	6,0%
Frauenheilkunde	323.500.000	17.210.000	5,3%	13.100.000	4,0%
HNO/Phoniater	151.500.000	28.550.000	18,8%	26.400.000	17,4%
Haut.- u. Geschlechtsk.	159.500.000	8.400.000	5,3%	5.750.000	3,6%
Int., ohne SP	26.500.000	300.000	1,1%	150.000	0,6%
Int., Angiologie	11.000.000	630.000	5,7%	550.000	5,0%
Int., Endokrinologie	27.500.000	280.000	1,0%	100.000	0,4%
Int., Rheumatologie	17.500.000	840.000	4,8%	650.000	3,7%
Int., Gastroenterologie	85.500.000	1.550.000	1,8%	900.000	1,1%
Int., Kardiologie	85.500.000	6.400.000	7,5%	5.150.000	6,0%
Int., Kardiol., invasiv	29.500.000	1.550.000	5,3%	1.300.000	4,4%
Int., Häm.-/Onkologie	57.000.000	950.000	1,7%	750.000	1,3%
Int., Pneumologie	59.000.000	2.300.000	3,9%	1.500.000	2,5%
Neurologie	98.000.000	8.750.000	8,9%	7.950.000	8,1%
Nervenheilkunde	47.000.000	3.760.000	8,0%	3.500.000	7,4%
Psychiatrie	71.500.000	5.040.000	7,0%	4.700.000	6,6%
Ki.- u. Jug.-Psychiatrie	45.000.000	644.000	1,4%	570.000	1,3%
Orthopädie	260.000.000	25.200.000	9,7%	21.700.000	8,3%
Phys.-Reha. Medizin	11.500.000	428.000	3,7%	350.000	3,0%
Psychotherapeuten	421.000.000	10.317.000	2,5%	1.250.000	0,3%
Nuklearmedizin	73.500.000	1.300.000	1,8%	750.000	1,0%
Radiologie	220.500.000	6.750.000	3,1%	4.000.000	1,8%
Urologie	99.500.000	6.500.000	6,5%	5.300.000	5,3%
Sonstige	1.088.000.000	1.250.000	0,1%	150.000	0,0%
Summe	5.667.500.000	192.596.000	3,4%	130.720.000	

Hinweise: TSVG = Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG-Konstellationen TSS-, Hausarztvermittlung, Offene Sprechstunde)

Landkreis Rottweil: Versorgung im HNO-Bereich wieder stabil

Positive Nachrichten aus dem Landkreis Rottweil: Das seit 2025 bestehende Versorgungsdefizit im Bereich der HNO-Ärzterschaft ist überwunden. Dank eines gezielten und koordinierten Engagements der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) konnte die Versorgung innerhalb eines Jahres stabilisiert werden.

Die prekäre Versorgungssituation wurde im vergangenen Jahr ausgelöst, nachdem fast zeitgleich drei HNO-Ärzte ausgeschieden waren. Das hatte zur Folge, dass eine akute Unterversorgung eintrat. Die KVBW hatte bereits bei der Ankündigung der Praxisschließungen unmittelbar Maßnahmen zur Stabilisierung eingeleitet.

Frühzeitige Vernetzung

Im Mittelpunkt stand eine enge und strukturierte Betreuung durch die Sicherstellungskordinatoren der KVBW. Sie initiierten frühzeitig Gespräche mit allen relevanten Akteuren im Landkreis – darunter niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kliniken, Kommunalpolitik



Schönmann und Simon (4. und 6. v. links) sind die Inhaber des neuen MVZ.

und die Kreisärzteschaft – und entwickelten gemeinsam konkrete Lösungen für die Region. „Wir möchten Versorgungsengpässe nicht nur feststellen, sondern aktiv dagegenwirken. Dafür braucht es enge Vernetzung aller Beteiligten vor Ort – genau das ist uns in Rottweil gelungen“, betont der KVBW-Vorstand Dr. Karsten Braun. „Dass innerhalb kurzer Zeit neue ärztliche Strukturen aufgebaut werden konnten,

zeigt, wie wirksam eine koordinierte und vorausschauende Sicherstellungsarbeit ist.“

Ein zentraler Baustein dieser Entwicklung ist die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ): Zum 1. Juli 2026 eröffnen die Ärzte Dr. Bernhard Schönmann und Dr. Max Simon in Rottweil ein MVZ mit HNO-Schwerpunkt. Dort sind drei angestellte HNO-Fachärzte tätig, die

zuvor als Oberärzte in einer Klinik gearbeitet haben. Der Impuls zur Gründung entstand im Rahmen eines von der KVBW initiierten regionalen Austauschformats, in dem Versorgungsfragen gemeinsam analysiert und Lösungsansätze erarbeitet wurden. Ein Ergebnis war unter anderem die gezielte Förderung von Anstellungsmöglichkeiten für junge Ärztinnen und Ärzte. Schönmann und Simon haben genau

diese Voraussetzungen mit ihrem neuen MVZ geschaffen. Dabei wurden sie umfassend von der Niederlassungs- und Kooperationsberatung sowie der Sicherstellungskoordination der KVBW begleitet und betreut. „Ich bin sehr zufrieden, wie gut die Zusammenarbeit mit der KVBW funktioniert hat. Sehr wertvoll war, dass die Experten der Niederlassungs- und Kooperationsberatung und der Sicherstellungskoordination mich aktiv kontaktiert und nachgefragt haben, wo es hakt und was sie noch tun können“, lobt Schönmann.

Die HNO-ärztliche Versorgung im Landkreis ist nun wieder gesichert. „Das Beispiel Rottweil zeigt, worauf es ankommt: Man muss frühzeitig handeln und regionale Initiativen gezielt unterstützen. Wir verstehen uns als aktiver Gestalter der ambulanten Versorgung“, so Dr. Doris Reinhardt, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVBW. Die Rottweiler Ärzte planen bereits weitere Schritte zur Stärkung der regionalen Versorgung: Perspektivisch ist auch die Gründung eines hausärztlichen MVZ vorgesehen. gk

Die stille Finanzkrise der GKV: Warum Demografie das System sprengt

Sind wirklich die Ausgaben das Problem im Gesundheitswesen? Prof. Dr. Thomas Drabinski vom Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) zeigt in seinem Gastbeitrag, warum Sparmaßnahmen allein keine Lösung sind.

Die anhaltenden Finanzdefizite der GKV werden auf steigende Ausgaben zurückgeführt. Sie erklären die Krise jedoch nur unzureichend. Der zentrale Treiber der GKV-Finanzmisere liegt tiefer: der demografische Übergang großer Jahrgänge in den Ruhestand und die Erosion der Einnahmehasis.

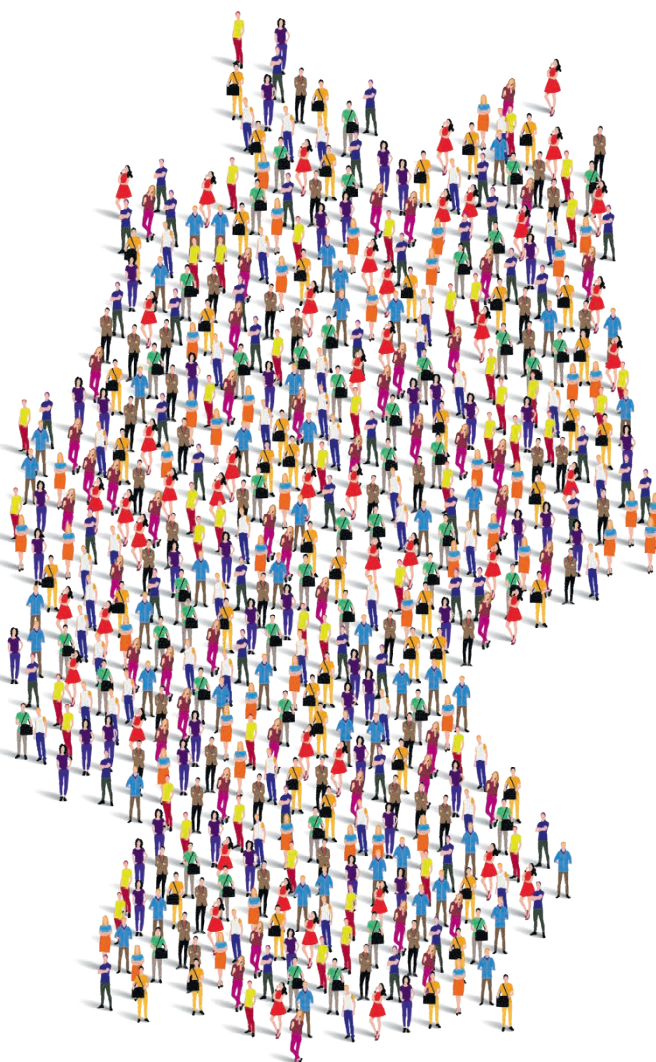
Der unterschätzte Mechanismus

Einnahmen brechen weg, Ausgaben steigen automatisch. Die GKV ist einkommensabhängig und umlagefinanziert. Jährlich wechseln über eine Million Menschen in den Rentenstatus. Ein Erwerbstätiger zahlt im Durchschnitt mehr ein, als er Leistungen benötigt. Mit dem Renteneintritt kehrt sich dieses Verhältnis um: Die beitragspflichtigen Einkommen sinken, während die Gesundheitsausgaben altersbedingt steigen. Pro Person verschlechtert sich die GKV-Bilanz um geschätzt 8.500 Euro jährlich. Das entspricht rund neun Milliarden Euro zusätzlichem Defizit pro Jahr. Dieser Effekt ist weitgehend unabhängig von anderen Faktoren. Selbst bei stabilen Ausgaben würde die GKV allein durch die

Demografie ins Minus rutschen. Das Umlageverfahren gerät an seine Grenzen.

Fehladressierte Schuldzuweisungen und Primärversorgung

Politische Lösungsansätze wirken vor diesem Hintergrund oft als Ablenkung. Weder die ambulante Versorgung noch eine vermeintlich „übermäßige Inanspruchnahme“ treiben die Krise. Dennoch setzt die Politik hier an – mit Primärversorgungsmodellen, die den Zugang zur Versorgung regulieren. Diese Konzepte lösen jedoch kein strukturelles Finanzproblem.



Sie schaffen keine Einnahmen, sondern verschieben lediglich Nachfrage. Was als „Steuerung“ gilt, ist ökonomisch oft Rationierung über Warteschlangen. Gerade für die wachsende Gruppe älterer Patienten entstehen so Engpässe. Die Folge ist eine Verlagerung von Knappheit in die Versorgung.

Das Grundproblem liegt auf der Einnahmeseite – in der demografisch bedingten Schrumpfung der beitragspflichtigen Einkommen. Die Finanzkrise der GKV ist eine demografische Einnahmensenke.

Politische Sprachlosigkeit

Der Zusammenhang wird selten offen thematisiert. Rentner stellen eine wachsende

Wählergruppe dar. Beitragssatzerhöhungen belasten Erwerbstätige, Steuerzuschüsse verlagern das Problem lediglich. Sie lösen das demografische Grundproblem nicht.

Der Ausweg: Strukturbruch

Das Reformkonzept aus Band 35 der IfMDA-Schriftenreihe setzt auf eine Neuordnung der Finanzierung: feste Arbeitgeberbeiträge, ein verkleinerter Gesundheitsfonds und kassenindividuelle Pauschalen mit sozialem Ausgleich. Das Modell entkoppelt Teile der Finanzierung vom Arbeitseinkommen und stärkt den Wettbewerb. Versicherungsfremde Leistungen werden steuerfinanziert. Damit wird die demografische Last sichtbar.

Fazit

Die GKV leidet an einer strukturellen Einnahmensenke. Mit dem Übergang großer Jahrgänge in den Ruhestand erodiert die Basis eines einkommensabhängigen Umlagesystems. Wer diese Realität verdrängt, riskiert steigende Beiträge und langfristig eine Systemkrise. Die Finanzierung braucht einen strukturellen Neuanfang.

„Was vor Ort funktioniert, sollte Maßstab werden“

Seit Mai ist Oliver Hildenbrand neuer Gesundheitsminister von Baden-Württemberg. Im Interview erklärt er, welche Prioritäten er für diese Legislatur setzen möchte.

Herr Hildenbrand, welche Schwerpunkte möchten Sie in Ihrer Arbeit als Gesundheitsminister setzen?

Unser Gesundheitssystem steht finanziell und personell unter Druck,

Daher rücken gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen stärker in den Fokus. Unser Grundsatz lautet: digital und präventiv vor ambulant vor stationär. Gleichzeitig müssen die Sektoren enger und digital unterstützt zusammen-

erprobt. Jetzt ist der Bund am Zug, dies in die Regelversorgung umzusetzen.

Mit der Landarztquote und der Förderung zusätzlicher Weiterbildungsstellen hat das Land bereits wichtige Impulse gesetzt. Mit welchen Maßnahmen möchten Sie die ambulante Versorgung im Land zusätzlich stärken?

Die hohe Nachfrage nach der Landarztquote für die 75 Studienplätze zeigt: Viele junge Menschen wollen als Hausärztin oder Hausarzt Verantwortung übernehmen – gerade auch im ländlichen Raum.

Das ist ein starkes Signal. Deshalb entwickeln wir die Landarztquote weiter und wollen sie um eine Kinderarztquote ergänzen. Gleichzeitig bringen wir Erkenntnisse aus rund 30 Modellprojekten zur sektorenübergreifenden Versorgung in die Reformdebatte auf Bundesebene

ein. Was vor Ort funktioniert, sollte der Maßstab werden. Unser Förderprogramm „Landärzte“, mit dem wir Praxisgründungen im ländlichen Raum unterstützen, entwickeln wir praxisnah weiter und öffnen es für weitere primärversorgende Facharztgruppen. Zudem wollen wir gezielt gemeinwohlorientierte Medizinische Versorgungszentren stärken – gerade in Regionen, wo die Versorgungssituation herausfordernd ist. Darüber hinaus setzen wir uns beim Bund weiter für eine Reform der Bedarfsplanung und eine Entkontingentierung der pädiatrischen Weiterbildungsstellen ein.

Die ambulante Versorgung übernimmt heute einen immer größeren werdenden Anteil der Behandlungen. Welche Rahmenbedingungen braucht es, damit dies auch künftig erfolgreich gelingen kann?

Für eine erfolgreiche Ambulantisierung braucht es vor allem bundespolitische Weichenstellungen: weniger Bürokratie, Stärkung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe und eine gezielte Patientensteuerung. Ärztinnen und Ärzte brauchen mehr Zeit für ihre Kernaufgaben. Entscheidend sind bessere

Informationsflüsse und funktionierende, einheitliche digitale Lösungen sowie professionelle Öffentlichkeitsarbeit. Gleichzeitig müssen sich veränderte Arbeitsrealitäten – mehr Teilzeit, mehr Anstellung, mehr Teamarbeit – in der Planung widerspiegeln. Deshalb setzen wir uns im Bund für eine Reform der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und deren Bemessungsgrundlagen ein, die diese Entwicklungen realistisch abbildet.

Welche Botschaft möchten Sie unseren Mitgliedern gerne mit auf den Weg geben?

Unsere Gesundheitsversorgung ist stark und von hoher Qualität. Sie ist getragen von Ihrem täglichen Einsatz. Dafür danke ich Ihnen. Zugleich stehen wir vor grundlegenden Veränderungen, die wir nur gemeinsam bewältigen können. Meine Botschaft ist deshalb: Wir setzen auf Zusammenarbeit, Vertrauen und klare Perspektiven. Für Sie als Leistungserbringer und für die Patientinnen und Patienten im Land. Gemeinsam wollen wir für die Menschen in Baden-Württemberg auch künftig eine verlässliche und bestmögliche Versorgung sicherstellen.

jh



Oliver Hildenbrand ist neuer Minister für Soziales, Arbeit und Gesundheit.

und zwar auf allen Ebenen. Klar ist: Wir kommen nur gemeinsam voran. Ich setze auf drei Leitlinien: Prävention stärken, Versorgung besser vernetzen und Patientensteuerung gezielt optimieren. Wer Krankheiten vermeidet, entlastet das System und verbessert die Lebensqualität.

arbeiten. Baden-Württemberg setzt sich beim Bund für ein echtes Primärversorgungssystem ein: sektorenübergreifend, interprofessionell und mit starker Einbindung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe. Solche erfolgreichen Modelle haben wir im Land bereits erfolgreich

Pläne der Landesregierung

Neue Köpfe, bekannte Koalition: Welche Rolle spielt die ambulante Versorgung unter Grün-Schwarz?

Mehr als 5,4 Millionen Menschen haben bei der Landtagswahl ihre Stimme abgegeben. Zwischen Grünen und CDU lagen am Ende lediglich rund 27.000 Stimmen beziehungsweise 0,5 Prozentpunkte. Die Kräfteverhältnisse sind deshalb ausgeglichen: Beide Parteien stellen jeweils 56 Abgeordnete und führen ihre seit 2016 bestehende grün-schwarze Koalition fort. Die AfD wurde mit 35 Sitzen drittstärkste Kraft, die SPD zog mit ihrem historisch schlechtesten Ergebnis und nur noch zehn Abgeordneten in den Landtag ein. FDP und Linke scheiterten an der Fünf-Prozent-Hürde. Auf Winfried Kretschmann folgt nach 15 Jahren im Amt Cem Özdemir als ebenfalls grüner Ministerpräsident. Auch das Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit bleibt in grüner Hand. Neuer Minister ist Oliver Hildenbrand, Staatssekretärin Petra Krebs. Die Landesregierung setzt im Koalitionsvertrag auf Wettbewerbsfähigkeit, Innovation und Bürokratieabbau. Ein zentrales Vorhaben ist das angekündigte Effizienzgesetz. Berichts-, Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten sollen überprüft und unnötige Bürokratie abgebaut werden. Auch für den Gesundheitsbereich sind Maßnahmen

geplant: Für die ambulante Versorgung von Interesse sind insbesondere die geplante Kinderarztquote, die stärkere Verknüpfung von ambulan-

Bundesebene gesetzt, dennoch kann auch das Land wichtige Impulse geben. Entscheidend wird sein, ob die Maßnahmen zu Büro-



Neue Legislaturperiode für den Landtag

ter und stationärer Weiterbildung, die Förderung zusätzlicher Weiterbildungsstellen in der Pädiatrie sowie Bürokratieabbau. Daneben setzt die Landesregierung auf eine digitale Vernetzung der Versorgungsbereiche und den Ausbau telemedizinischer Angebote. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung werden überwiegend auf

kratieabbau, Digitalisierung und Fachkräftesicherung auch spürbar in den Arztpraxen ankommen. Das Gesundheitswesen ist nicht nur Teil der Daseinsvorsorge, sondern mit rund 845.000 Beschäftigten auch einer der größten Arbeitgeber Baden-Württembergs. Davon arbeiten etwa 313.000 Menschen in ambulanten Einrichtungen, knapp 99.000 allein in Arztpraxen.

jk

Wechsel an der Spitze des G-BA



Dr. Optendrenk steht seit Juli an der Spitze des G-BA.

Dr. Sonja Optendrenk ist seit Juli neue unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die 54-Jährige war zuvor Staatssekretärin im hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege. Sie folgt damit auf Prof. Josef Hecken.

Prof. Hecken saß dem G-BA seit 2012 vor. Am 18. Juni verabschiedeten die Trägerorganisationen ihn im Anschluss an seine letzte Plenumsitzung und würdigten seine Leistungen: Prof. Hecken habe in seiner Amtszeit das oberste Beschlussgremium fachlich, aber auch persönlich maßgeblich

geprägt. Durch sein engagiertes Wirken habe sich der G-BA zu einer Institution entwickelt, die nicht nur fachlich hoch kompetent und sorgfältig, sondern auch zügig, offen und sehr kommunikationsstark agiert. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Das Gremium legt nach wissenschaftlichen Kriterien verbindlich fest, welche medizinischen Leistungen den Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zustehen. Zudem definiert der G-BA Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung.

red

Notfalldienst wird gesetzlich neu geregelt

Reform soll trotz mangelnder Ressourcen 24/7-Hausbesuchsdienst enthalten

Es ist eines der weiteren wesentlichen Gesetze, das derzeit im Gesundheitswesen beraten wird: das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung. Eigentlich sollte das Gesetz bereits in der letzten Legislaturperiode verabschiedet werden.

es zweifellos sinnvoll, die Notaufnahmen und die Bereitschaftspraxen enger miteinander zu verzahnen. Dazu sind künftig Integrierte Notfallzentren (INZ) als gemeinsame Einrichtungen von KVen und Notaufnahmen vorgesehen, in de-

also die alleinige Zuständigkeit für die Standorte verlieren. Weiter ist es zu begrüßen, wenn die 116117 und die 112 digital miteinander verbunden werden. Das wird vor allem eine Herausforderung für die Leitstellen werden, die noch

Konkret bedeutet das, dass auch tagsüber ein Hausbesuchsdienst zusätzlich zu dem der Hausärzte und Fachärzte eingerichtet werden soll.

Wie das gehen soll, ist völlig unklar. Die Forderung legt nahe, dass dafür freie Kapazitäten zur Verfügung stehen. Davon kann aber keine Rede sein: Bis heute ist offen, wer für ein solches Angebot überhaupt die Ressourcen haben könnte. Das Gesetz sieht zwar auch die Einbeziehung nicht-ärztlicher Berufe, wie des Rettungsdienstes, vor. Das hilft aber im Ergebnis nicht weiter, weil viele der Besuche mit Maßnahmen einhergehen, für die Ärztinnen und Ärzte benötigt werden, beispielsweise Arzneimittelverordnungen. Zudem arbeitet auch der Rettungsdienst bereits am Rande seiner Kapazitäten. Eine weitere ungelöste Frage betrifft die Koordination mit den Hausbesuchen in der Regelversorgung. Wer soll den Überblick darüber haben, ob nicht eigentlich der Hausarzt zuständig ist, bereits einen Besuch zugesagt hat, aber vielleicht erst am Abend kommen kann?

Vor allem aber ist das Vorhaben angesichts der Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen nicht zu verantworten. Denn ein solches System würde Doppelstrukturen schaffen, die wiederum mit hohen Kosten verbunden sind. KV-Vorstandsvorsitzender Dr. Karsten Braun bringt es auf den Punkt:

„Dieses Angebot ist vor allem eines: teuer! Wir müssen den Patientinnen und Patienten endlich offen und ehrlich klar machen, dass es Einschränkungen in der Versorgung geben wird. Da sind solche Erwartungen, die damit geweckt werden, komplett kontraproduktiv.“

Bisher befindet sich das Gesetz noch in der Beratung. Vorgesehen ist, dass es im Herbst 2026 verabschiedet wird und dann zum Jahresbeginn 2027 in Kraft treten wird. Dann wäre ein halbes Jahr Zeit, um die Standorte für die INZ zu bestimmen. Wann die INZ-Struktur aber tatsächlich umgesetzt ist, ist eine andere Frage. Ebenfalls würde ein zusätzlicher Hausbesuchsdienst tagsüber einen langen Vorlauf benötigen.

Im Zuge ihrer Bereitschaftsdienstreform hat die KVBW bereits viele Strukturen angepasst und ist daher gut auf die Umsetzung vorbereitet. So gibt es beispielsweise schon viele Standorte mit einem gemeinsamen Tresen zwischen Notaufnahme und Bereitschaftspraxis.

Nicht im Gesetz verankert sind verbindliche Patientenwege. So gibt es weiterhin keine Bestimmung, die den Zugang zu den Bereitschaftspraxen oder den Notaufnahmen regelt. Patientinnen und Patienten können damit weiter selbst entscheiden, welche Struktur sie in Anspruch nehmen möchten. *ks*



Der zusätzliche Hausbesuchsdienst schafft Doppelstrukturen.

Die neue Bundesregierung hat das Vorhaben wieder aufgenommen. Jetzt wurde das Gesetz in nahezu unveränderter Form dem Bundestag zur Beratung vorgelegt. Es bestehen keine Zweifel, dass eine Reform notwendig ist. Viele Vorhaben stoßen daher auch auf Unterstützung der KVBW. So ist

nen im Rahmen eines gemeinsamen Tresens die Patientinnen und Patienten in die richtige Struktur gesteuert werden sollen. Über die Standorte wird der Erweiterte Landesausschuss entscheiden, in dem die Ärzteschaft, die Krankenkassen und die Krankenhäuser vertreten sind. Die KVBW wird damit

keineswegs eine homogene IT-Infrastruktur haben.

Vor allem teuer

Auf entschiedene Ablehnung stößt aber die Regelung, wonach es 24/7 – also rund um die Uhr – einen aufsuchenden Dienst geben soll.

Apothekenreform: Verschiebung von Zuständigkeiten zulasten der Versorgung

In der Ende Mai vom Bundestag beschlossenen Reform wurden Apotheken neue Kompetenzen übertragen. Die Fragmentierung der Zuständigkeiten bei der Versorgung untergräbt die Bemühungen um bedarfsgerechte Steuerung und effizienten Ressourceneinsatz. Das neue Gesetz soll die flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln, vor allem im ländlichen Raum, verbessern. Zusätzlich räumt das neue Gesetz Apotheken die Möglichkeit ein, weitere Impfungen – zum Beispiel gegen FSME – vorzunehmen und Blutuntersuchungen durchzuführen. Was als Entlastung für Arztpraxen gedacht ist, wird im Ergebnis laut Dr. Karsten Braun, Vorstandschef der KVBW, das Gegenteil bewirken: „Die ungezielte Schrotschussdiagnostik in Apotheken, deren Ergebnisse dann der Arzt erläutern soll, wird Arztpraxen unnötig belasten.“

Behandlungskontext entscheidend

Wenn Untersuchungen und Tests aus dem Behandlungskontext herausgelöst werden, stärkt das nicht



Apotheken werden für die Unterstützung von Patienten bei Telemedizin vergütet.

die Gesundheitsversorgung der Patienten. Im Gegenteil: Patienten werden dadurch motiviert, die Diagnostik in die eigene Hand zu nehmen und Untersuchungen und Tests in Apotheken einzufordern. Das verursacht zusätzliche Kosten, die für die Diagnose und Behandlung

durch Ärztinnen und Ärzten oft nicht notwendig wären.

Vorstandschef Dr. Braun verweist auf den Widerspruch in Zeiten von einschneidenden Sparmaßnahmen: „Während Laboruntersuchungen in Arztpraxen engen Budgets unterliegen, sollen Apotheker künftig

auch venöse Blutentnahmen und ungezielte Labordiagnostik bei Erwachsenen durchführen dürfen.“

Ähnlich verhalte es sich bei der Vergütung der Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme telemedizinischer Beratungen. „Absurd ist aber, dass Apotheken für diese Hilfestellung – etwa beim Bedienen eines Tablets durch einen Patienten, der seinen eigenen Hausarzt kontaktiert, bei dem er im selben Quartal schon vorstellig war – bis zu sechsmal höher vergütet werden als die Ärztinnen und Ärzte, die die eigentliche telemedizinische Beratung erbringen“, so Dr. Braun. Selbst bei unbekannten Patienten liege die Beratungsvergütung der Ärztinnen und Ärzte regelhaft unter der Vergütung für die Unterstützung in Apotheken.

Der Vorstandschef abschließend: „Es wird Zeit, dass wir endlich klare Strukturen und Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen finden und Leistungen dort ansiedeln, wo sie am sinnvollsten und kostengünstigsten erbracht werden können. Die Gesundheitspolitik geht gerade in eine falsche Richtung.“ *jh*

Mitgliederportal: Daten aktualisieren

Damit wir Sie als Mitglied zuverlässig erreichen und optimal unterstützen können, sind aktuelle Stammdaten unerlässlich. Genau hier setzt das Mitgliederportal der KVBW an: Es bietet Ihnen die Möglichkeit, Ihre persönlichen Daten einfach, sicher und jederzeit selbst zu pflegen – ohne Papier, ohne Umwege.

Viele Services im Mitgliederportal sind noch wenig bekannt, dabei erleichtern sie den Alltag spürbar. So greifen Anträge direkt auf bereits hinterlegte Angaben zurück, wodurch Sie sich Zeit bei der Antragstellung sparen. Gleichzeitig stellen aktuelle Kontaktdaten sicher, dass wichtige Informationen auch wirklich bei Ihnen ankommen – ein entscheidender Punkt mit Blick auf kommende Aufgaben, wie etwa die Vorbereitung der Wahlen 2028. Ein kurzer Blick lohnt sich – für Sie und für eine reibungslose Kommunikation mit Ihrer KVBW. *red*

Bereitschaftsdienst: Reform geht weiter

Die Struktur des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist eines der Kernthemen in dieser Amtsperiode. Nach wie vor verwendet die KVBW viel Energie darauf, die Strukturen bedarfsgerecht anzupassen.

Die Probleme in der Regelversorgung werden größer, das neue Beitragssatzstabilisierungsgesetz trägt weiter zur Verschärfung der Situation bei. Umso wichtiger ist es, die Dienstbelastung im Bereitschaftsdienst zu senken. Im vergangenen Jahr hat die KVBW im ersten Schritt 18 Bereitschaftspraxen geschlossen. Der öffentliche Aufschrei war groß. Was ist passiert? Nichts! Die Notaufnahmen sind nicht gestürzt worden, der Rettungsdienst musste nicht häufiger ausrücken, es gab keine längeren Wartezeiten. Bei der KVBW sind nur sehr vereinzelt überhaupt Patientenbeschwerden angekommen. In diesem Jahr sollen keine weiteren Praxen geschlossen werden. Im Vordergrund steht, die Öffnungszeiten anzupassen. Dabei stellt sich die Frage: Wo sind wirklich Praxen erforderlich, die jeden Tag geöffnet sind? Wo muss die KVBW eine

Struktur vorhalten für Patienten, die am Donnerstagabend akut erkranken, deren Behandlung nicht bis zum nächsten Tag warten kann, die nicht telemedizinisch betreut werden können, bei denen kein Hausbesuch erforderlich ist und die kein Fall für die Notaufnahme oder den Rettungsdienst sind? Das werden nur wenige Anlaufstellen in Baden-Württemberg sein.

Die Anpassungen erfolgen in diesem Jahr Schritt für Schritt. In der ersten Tranche wurden die Strukturen in einigen Praxen zum 1. Juli 2026 angepasst. Jeder Anpassung gehen umfangreiche Vorarbeiten und Vorgespräche voraus.

Flächendeckender Fahrdienst

Zum 1. April 2027 soll eine umfassende Reform des Fahrdienstes greifen. Die KVBW führt dann einen flächendeckenden Fahrdienst mit Fahrzeug und Fahrer ein, der die Ärztinnen und Ärzte zum Patienten bringt und dort auch assistiert. Zudem wird „Telemedizin first“ eingeführt. Das bedeutet, dass jeder Patient, bei dem im Rahmen des Bereitschaftsdienstes ein Hausbesuch

erfolgen soll, zuerst eine telemedizinische Beratung durchlaufen muss. Nach Erfahrungen aus anderen KVEn reduziert das die Zahl der Hausbesuche um etwa 50 Prozent. Das macht sich auch unmittelbar in der Zahl der Ärzte bemerkbar, die überhaupt eingeteilt werden müssen, und damit bei der Dienstbelastung.

KV SiS wird Leitstelle

Die KV SiS BW GmbH, die als Tochtergesellschaft für die 116117 zuständig ist, wird dafür zu einer echten Leitstelle umfunktioniert, die die Einsätze entsprechend disponiert. Damit einher geht eine Vergrößerung der Dienstbezirke. Dadurch werden die Einsätze flexibler, vor allem kann aber die Zahl der Fahrzeuge – und damit der Ärzte – deutlich reduziert werden. Ein entsprechender Pilot in der Region Mittelbaden (Landkreise Ortenau, Rastatt und Baden-Baden) hat gezeigt, dass damit die Dienstbelastung um 40 Prozent gesenkt werden kann.



Mehr Auswahl bei den Diensten

Mehr Freiheit mit dem Wunschdienstplan

Im kommenden Jahr soll auch für den Sitz- und den Fahrdienst ein Wunschdienstplan umgesetzt werden. Damit bekommen Mitglieder die Möglichkeit, sich ihre Dienste selbst auszuwählen. Auch damit sind in der Region Mittelbaden sehr gute Erfahrungen gemacht worden. In Arbeit sind auch die erforderlichen

Anpassungen bei den gebietsärztlichen Diensten. Der Bereitschaftsdienst wird das Gesundheitswesen in den kommenden Jahren weiter beschäftigen. Denn auch der Gesetzgeber hat das Thema auf dem Schirm und möchte einige Änderungen vornehmen. Mit vielen Maßnahmen, die in der KVBW angestoßen wurden, wird den Änderungen bereits Rechnung getragen. ks

Neue Website und Angebote für Koordinierungsstelle



Die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin Baden-Württemberg (KoSta) heißt künftig Koordinierungsstelle Weiterbildung Baden-Württemberg (KoStW) und hat ihr Angebot erweitert. Der Namenswechsel soll verdeutlichen, dass sich die Weiterbildungsangebote nicht nur auf die Allgemeinmedizin, sondern auch auf weitere ärztliche Fachgebiete beziehen.

Die etablierten Strukturen und Förderangebote werden sukzessive auf andere Facharztgebiete übertragen, die von der KVBW unterstützt werden. Ziel ist es, die Weiterbildung insgesamt strukturierter und planbarer zu gestalten und so die Attraktivität der ambulanten ärztlichen Tätigkeit weiter zu stärken.

Die Koordinierungsstelle Weiterbildung Baden-Württemberg (KoStW) begleitet Medizinstu-

dierende, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, Quereinsteiger sowie Weiterbilder von Beginn des Studiums bis zur Facharztprüfung. Zum Angebot gehören persönliche Beratungen, Informationen zu finanziellen Fördermöglichkeiten sowie Unterstützung durch etablierte regionale Weiterbildungsverbünde.

Mit dem Relaunch der Website wurden Inhalte und Struktur grundlegend überarbeitet. Die neue Seite bietet einen zentralen Überblick über Fördermöglichkeiten, eine landesweite Darstellung der Weiterbildungsverbünde sowie eine Stellenbörse für Weiterbildungsplätze. Ergänzt wird das Angebot durch eine kontinuierlich erweiterte FAQ-Sammlung sowie aktuelle Hinweise zu Veranstaltungen und geförderten Weiterbildungen. gk

➔ www.allgemeinmedizin-bw.de

Postakute Infektionssyndrome

Neue Studie will Versorgung Betroffener verbessern

Die medizinische und therapeutische Behandlung von Menschen mit anhaltenden Beschwerden nach einer Infektion – sogenannten postakuten Infektionssyndromen (PAIS) wie dem Post-COVID-Syndrom oder ME/CFS – bringt besondere Her-

ausforderungen mit sich. Eine neue Studie will hier Verbesserungen ermöglichen.

Symptome sind oft schwer einzuordnen

Bei sogenannten postakuten Infektionssyndromen (PAIS) wie dem Post-COVID-Syndrom oder ME/CFS sind Symptome oft schwer einzuordnen, Verläufe können komplex sein und der Abstimmungsbedarf ist hoch. Ziel der Studie CONFIDENCE ist es, die Versorgung von Patienten mit PAIS strukturierter und abgestimmter zu gestalten sowie belastbare Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Versorgung zu gewinnen. Das Projekt wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert.

Die Konsortialführung liegt beim Universitätsklinikum Heidelberg unter der Projektleitung von Prof. Dr. Attila Altiner und Dr. Sandra Stengel. Konsortialpartner sind die AOK Baden-Württemberg, das aQua-Institut, die Kassenärztli-

Unterstützungsangebote im Projekt

es im weiteren Verlauf sein, dass Psychotherapeuten und weitere Therapieberufe angefragt werden, ob sie sich im Rahmen des Projekts beteiligen möchten.

Im Projekt werden zwei Unterstützungsangebote wissenschaftlich untersucht. Welche Angebote Sie im Praxisalltag nutzen und in die Versorgung einbinden, richtet sich nach dem jeweiligen Unterstützungsangebot und der Situation der Patienten.



Die Studie soll die Versorgung strukturierter gestalten.

che Vereinigung Baden-Württemberg sowie die Universitätskliniken Freiburg, Tübingen und Ulm. CONFIDENCE bietet konkrete Beteiligungsmöglichkeiten für KVBW-Mitglieder: Als Hausarztpraxis werden Sie in Ihrer Rolle als erste Anlauf- und Koordinationsstelle gestärkt und Sie binden bei Bedarf gezielt weitere Unterstützung ein.

Unterstützung für bestehende Versorgung

CONFIDENCE ersetzt dabei nicht die reguläre medizinische Behandlung, sondern unterstützt die bestehende Versorgung in Ihrer Praxis. Wenn eine Patientin oder ein Patient über die Hausarztpraxis in das Projekt aufgenommen wird, kann

Zum Projekt gehören unter anderem:

- E-Learning zur Förderung der Gesundheitskompetenz für Patienten
- Fortbildungen, Orientierungshilfen und praxistaugliche Materialien für Behandelnde
- Strukturierte Behandlungspfade
- Telemedizinischer Austausch und abgestimmte Fallbesprechungen zwischen Hausärzten, Therapieberufen und PAIS-Ambulanzen bei komplexen Verläufen rw

➔ Weitere Informationen zum Projekt und zur Teilnahme finden Sie auf der Projektwebsite: www.versorgung-mit-system.de

„Mündige Patienten entscheiden selbst über ihre Daten“

Mit dem neuen Digitalgesetz (GeDIG) will das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Versorgung durch Digitale Anwendungen nicht nur unterstützen, sondern sie auch stärker steuern. Philipp Müller, Leiter der Abteilung Digitalisierung und Innovation im BMG, erklärt im Interview die Ziele und nimmt Stellung zu zentralen Kritikpunkten aus der ambulanten Versorgung.

Kaum sind Sie im Amt, tragen Sie Verantwortung für das neue Digitalgesetz. Machen Sie es einmal ganz konkret: Was ist Ihr wichtigstes Ziel?

Bundesministerin Nina Warken und wir als Team im Bundesgesundheitsministerium sind fest entschlossen, Effizienzen zu heben und die Gesundheitsversorgung mit Digitalisierung und Innovation besser zu machen. Das GeDIG ist deshalb Digital- und Datengesetz gleichermaßen. Es wird die Vorteile der Digitalisierung für Patienten als auch für Ärzte in der Versorgung spürbarer machen. Dazu gehört auch eine stabilere Telematik-Infrastruktur. Gleichzeitig bauen wir die Möglichkeiten zur Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschung, Innovation und Versorgung aus. Das verbessert nicht nur die Versorgungsqualität, sondern stärkt auch den Wissenschafts- und Wirtschaftsstandort Deutschland. Zu oft wird Datennutzung noch skeptisch gesehen. Immerhin sind Daten der Nährboden für Innovationen und eine patientenorientierte und maßgeschneiderte Versorgung im Gesundheitswesen.

Aktuell schätzen nur rund 60 Prozent der Leistungserbringer die ePA als praxistauglich ein. Was muss passieren, damit die

ePA wirklich zur Drehscheibe in der Versorgung wird?

Über 22 Millionen Medikationslisten werden pro Woche über die ePA geöffnet, drei Millionen Dokumente eingestellt und knapp eine Million Dokumente heruntergeladen. Immer neue Akteure greifen auf die ePA zu. Klar ist also, dass die ePA im Praxisalltag angekommen ist. Klar ist auch, dass die ePA trotz aller Anfangserfolge nun weiterent-

wickelt werden muss. Mit dem elektronischen Medikationsplan und der Volltextsuche sind zwei Funktionen geplant, die für viele Leistungserbringer einen unmittelbaren Mehrwert in der Versorgung bringen werden. Auch die kommenden Labordaten bringen mehr strukturierte Daten in die ePA. Durch die einrichtungsübergreifende Verfügbarkeit von Informationen werden Prozesse effizienter und die Versorgung von

Patienten einfacher. Die ePA wird sukzessive ihre Rolle in der Versorgung ausbauen, etwa bei der Primärversorgung. Gleichzeitig ist mir Erwartungsmanagement wichtig: Die ePA dient als zentrale Drehscheibe für den Informationsfluss im Gesundheitswesen. Ein nutzerfreundliches Praxisverwaltungssystem wird entscheidend bleiben für die reibungslose Integration dieser Informationen in die ärztlichen Arbeitsprozesse.

sind die Bundesdatenschutzbeauftragte und das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik eng eingebunden in unsere Vorhaben.

Wichtig ist mir klarzustellen: Nur wenn Versicherte es ausdrücklich erlauben, erhält die Krankenkasse zukünftig Zugang zu ePA-Daten. Über den Zugang zu ihren Gesundheitsdaten entscheiden Versicherte als informationell selbstbestimmte und mündige Patienten also selbst,

von Daten und Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen direkt erfahrbar machen und den Patienten profitieren lassen. Dass Versicherte mittels moderner Methoden und Instrumente gezielte und personalisierte Hinweise erhalten, eine ärztliche Behandlung aufzusuchen, gehört dazu und beruht auf positiven Erfahrungen aus anderen Ländern. Das entspricht auch dem Selbstverständnis unseres solidarischen Gesundheitswesens, denn Krankenkassen haben ihren Versicherten durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen.

Die Politik betont immer, dass die Digitalisierung auch zur Entlastung der Arztpraxen beitragen soll. Wo konkret werden Ärzte durch das GeDIG eine spürbare Entlastung erfahren?

Mit den gesetzlichen Regelungen schaffen wir deutliche Effizienzsteigerungen und Einsparungen für das Gesamtsystem und auch für die Niedergelassenen. Das Gesetz treibt den Einsatz von sicheren Übermittlungsverfahren voran. Dadurch kann der Versand von Nachrichten im Gesundheitswesen vollständig digital erfolgen. Somit lassen sich Papier-, Porto- und Faxkosten sparen und manuelle Bearbeitungsschritte reduzieren, sodass Arbeitskraft für Wichtigeres frei wird.

Auch mit der E-Überweisung fällt für Arztpraxen bürokratischer Aufwand weg. Zudem wird die Telematik-Infrastruktur stabiler. Die gematik erhält hierfür eine stärker steuernde Rolle und neue Befugnisse zur Gefahrenabwehr und Störungsbeseitigung. Letztlich kann das Gesetz aber nur einen Rahmen schaffen. Wir sind zuversichtlich, dass die Arztpraxen die genannten Chancen zu nutzen wissen. So kommen wir gemeinsam ans Ziel. *mt/jh*



Philipp Müller vom Bundesgesundheitsministerium stellte beim eHealth-Forum die Pläne zum Digitalgesetz vor.

Der mögliche Einblick für Krankenkassen in Patientendaten stellt einen Paradigmenwechsel dar und verletzt aus ärztlicher Sicht fundamental die Grundlagen ärztlicher Schweigepflicht. Wie gehen Sie mit dieser Kritik um?

Datenschutz und Datensicherheit sind und bleiben tragende Fundamente der digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Entsprechend

nicht der Staat und auch nicht deren Ärzte. Entsprechend ist die ärztliche Schweigepflicht genau so wenig verletzt, wie wenn Patienten im Bekanntenkreis über ihre Krankengeschichte berichten.

Der Paradigmenwechsel liegt an anderer Stelle: Ziel ist es, im Sinne der Prävention vorhandene Gesundheitsdaten der Versicherten weiterzuverarbeiten, statt sie ungenutzt zu lassen. Wir wollen das Potenzial

Einschätzung zum Digitalgesetz

Hier sollte aus Sicht der KVBW noch nachgebessert werden:

Zentrale Rolle der gematik

Technische Störungen der TI und ihrer Fachanwendungen beeinträchtigen nach wie vor den Praxisalltag. Hier soll die gematik eine zentralere Rolle zur Steuerung erhalten und so die Stabilität besser gewährleisten. Zusätzlich sollen Anwendungen vor ihrem bundesweiten Rollout verbindlich erprobt werden. Diese Ansinnen sind grundsätzlich positiv zu bewerten, allerdings bleibt es abzuwarten, ob die gesetzlichen Befugnisse ausreichen, damit die gematik künftig ihre Betriebsverantwortung wahrnehmen kann.

Schutz von Patientendaten

Der geplante Datenzugriff der Krankenkassen auf die elektro-

nische Patientenakte (ePA) und persönliche Gesundheitsdaten der Patienten wird generell abgelehnt. Dieser gefährdet das Vertrauen zwischen Patienten und Ärzten. Es wird befürchtet, dass unzureichend getestete Screeningmethoden aufseiten der Kassen zu Fehlinterpretationen führen. Es wird daher eine ersatzlose Streichung dieser Regelungen gefordert.

Einrichtung von Reallaboren

Die Einrichtung von Reallaboren durch Krankenkassen, zum Beispiel zum Testen von KI-gestützten Anwendungen, wird grundsätzlich befürwortet. Es wird jedoch die Beteiligung von KVen für diese versorgungsorientierten Modellvorhaben gefordert. Es ist nicht nachzuvollziehen, weswegen der Gesetzgeber das KV-System hier strukturell benachteiligt.

E-Überweisung und E-Rezept

Die geplante E-Überweisung bedarf eines Praxistauglichkeits-Checks. Für chronisch kranke Patienten sollten Ausnahmen von der geplanten 100-Tage-Löschfrist eingerichtet werden. Der im Gesetz genannte Zeitplan für die nächsten Stufen des E-Rezepts, insbesondere für die E-Verordnung von Betäubungsmitteln, sollte straffer gefasst werden und verpflichtend umgesetzt werden.

Patientensteuerung

Ein Monopol der Krankenkassen beim digitalen Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung wird abgelehnt. Die bereits erfolgreich etablierte 116117-App sollte gesetzlich als gleichwertiger Systemzugang verankert werden, um einen diskriminierungsfreien Zugang zur digitale



Es gibt noch Bedarf an Verbesserungen beim Gesetz.

Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Der alleinige Zugang über das ePA-Frontend der Krankenkassen schließt die Patientinnen und Patienten aus, die der ePA widersprochen haben.

Aufhebung der Sanktionen

Sanktionen gegen Praxen, die technische Vorgaben aufgrund von Bereitstellungsschwierigkeiten von IT-beziehungsweise TI-Komponenten nicht einhalten können, müssen auf den Prüfstand gestellt werden. Hier wird eine komplette Streichung die-

ser Regelungen gefordert, um Praxen zu entlasten und nicht in die Verantwortung für Fehler von Dritten zu nehmen.

Antragsverfahren für Psychotherapien

In Bezug auf die Psychotherapie gibt es im neuen Gesetz keine sinnvollen Regelungen zur Digitalisierung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens, welches für andere Fachrichtungen bereits etabliert wurde. Hier muss dringend ein Kurswechsel stattfinden. *tb*

Digitalisierung im Praxisalltag angekommen – und jetzt?

Die Digitalprojekte des Gesundheitswesens werden immer mehr Realität. Doch welche Anwendungen bringen Praxen wirklich voran, welche Rolle spielt künstliche Intelligenz? Antworten darauf gab das eHealth Forum.

Seit das eHealth Forum im Jahr 2010 erstmals stattfand, hat sich vieles verändert. „Digitale Anwendungen, über die wir jahrelang gesprochen haben, sind im Versorgungsalltag angekommen“, eröffnete Dr. Karsten Braun, Vorstandsvorsitzender der KVBW, die Veranstaltung. Dennoch seien die Anforderungen an Nutzerfreundlichkeit und Stabilität aus Sicht der Praxen bei einigen Anwendungen weiterhin nicht erfüllt. Entsprechend stand nicht nur der Status quo im Fokus, sondern vor allem die Frage: What's next?

Fokus auf Stabilität

Zuverlässigkeit und Stabilität griff auch Philipp Müller, neuer Digitalisierungschef im Bundesministerium für Gesundheit, als einen Schwerpunkt der Digitalstrategie 2.0 auf: „Es geht darum, die Infrastruktur verlässlich zu machen.“ Dazu solle die Komplexität reduziert und die Gefahrenabwehr gestärkt werden. Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, betonte ebenfalls Nutzerfreundlichkeit, Mehrwert und Stabilität als zentrale Punkte bei der Digitalisierung und ergänzte sie um den Faktor Geduld. Nach anfänglichem Aufschrei hätte sich das E-Rezept innerhalb weniger Wochen „eingeruckelt“, so Ballast. Er hielt fest: „Wir müssen uns an die eigene Nase fassen und nicht alles Neue mit Problemen verbinden, sondern ihm auch mal eine Chance geben.“ Die Versorgung stehe vor Herausforderungen, insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung: „Wir werden Technologie brauchen.“ Chancen böten digitale Identitäten, die eine Identifizierung der Patienten auch über Distanz ermöglichen und damit zum Beispiel Praxisbesuche für Folgeverordnungen überflüssig machen könnten.

Austausch mit der Praxis

Dr. Johanna Ludwig, Leiterin der Stabsstelle Versorgung bei der gematik, unterstrich eindrucksvoll anhand eines konkreten Behandlungsszenarios, wie entscheidend Digitalisierung für eine gute Patientenversorgung ist. Die Notwendigkeit, dass keine Fehler passieren, und die hohen Datenschutzerfordernisse seien Gründe dafür, dass Softwareentwicklungen in der Medizin oft langsamer sind als in anderen Bereichen. Für Dr. Ludwig ist der Austausch mit der

Praxis entscheidend: „Sprechen Sie uns an.“

Während bei digitalen Anwendungen generell noch häufig über die Vor- und Nachteile für den Einsatz in der Praxis diskutiert wird, ist die Schlagrichtung bei der künstlichen Intelligenz (KI) klar. „KI ist ein Selbstläufer auf der Überholspur“, stellte Dr. Braun fest. Beim Einsatz von KI liegt die Herausforderung vor allem darin, die gesetzlichen Vorschriften zu kennen und richtig umzusetzen. Anisa Idris vom Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. brachte mit ihrer Einführung in die Regulatorik für künstliche Intelligenz in der Medizin Licht ins Dunkel. Ihre Botschaft: „Es lohnt sich, sich damit zu beschäftigen.“ Idris hielt fest, dass mit der KI-Verordnung der EU eine Meisterleistung gelungen sei. Sie schaffe einen ersten Rechtsrahmen für den Einsatz der Technologie.

Daraus ergeben sich sowohl für den Einsatz in der Patientenversorgung als auch für den betriebswirtschaftlichen Einsatz in der Praxis verschiedene Pflichten. Patienten müssten beispielsweise aufgeklärt und um Einverständnis gebeten werden, wenn medizinische Geräte – etwa Ultraschallgeräte – KI in der Software nutzen, erklärte Idris. Praxen sollten deshalb vor der Behandlung die Einwilligung einholen und diese dokumentieren. Generell besteht eine Pflicht zur Dokumentation der eingesetzten KI-Software und zur Risikoüberwachung. Idris rät dazu, eine KI-Policy zu implementieren, in der Verantwortlichkeiten, Einsatzbereiche und erforderliche Kompetenzen der Mitarbeitenden klar geregelt sind.

Telemedizin stärkt Versorgung

Neben diesen Zukunftstechnologien zeigen bereits etablierte digitale Angebote, welchen konkreten Nutzen Digitalisierung in der Versorgung bringen kann. Dr. Doris Reinhardt, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVBW, berichtete über den erfolgreichen Start von docdirekt, der Plattform für digitale

Ersteinschätzungen und telemedizinische Versorgung der KVBW. So seien bereits mehr als 15.000 Fälle innerhalb von sechs Monaten bearbeitet wor-

Admir Hadzijušević, stellte dazu unter anderem die Möglichkeit vor, Termine im eigenen System für die Buchung durch Dritte, wie die Terminservicestelle,

gleich zwischen Cyberangriffen und einer Infektion: „Je besser der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten, desto besser die Prognose.“ Präven-

Der Wechsel zwischen Vorträgen und Diskussionsrunden hat sich bewährt. Moderiert wurde die Veranstaltung von Martina Tröscher (l. v. li.) und Nicole Ruprecht (l. v. re.) von der KVBW. Unten: Anisa Idris informierte über die KI-Verordnung der EU. Re. unten: Dr. Doris Reinhardt.



den – vier von fünf im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Dabei wurde eine Fallabschlussquote von 75 Prozent erreicht. Dr. Reinhardt betonte die daraus entstehende Erleichterung für die Patienten: „Der Patient meldet sich von der Couch und kann auch auf der Couch bleiben.“ Das betreffe auch die 20 Prozent der Fälle, die sich um Kinder drehen. „Niemand muss ins Auto gepackt werden“, so Dr. Reinhardt. Das schone zudem die Ressource Arztzeit. Auch die Terminservicestelle 116117 arbeitet kontinuierlich an der Weiterentwicklung ihrer Angebote. Der Leiter der Versorgungsplattform bei der kv.digital,

freizugeben. Dadurch entfalle die Notwendigkeit, zwei Kalender zu führen. Voraussetzung sei aber, dass das PVS-System die entsprechende Schnittstelle bereitstellt.

IT-Sicherheit ist Daueraufgabe

Doch die zunehmende Digitalisierung und die damit einhergehende Abhängigkeit von digitalen Systemen birgt auch Risiken und erfordert eine aktive Auseinandersetzung mit der IT-Sicherheit. Dr. Dirk Achenbach, Leiter des Forschungsbereichs Cybersecurity and Law am FZI Forschungszentrum Informatik, zog den Ver-

tion sei dabei an verschiedenen Punkten im System notwendig. Insbesondere eine strukturierte Datensicherung sei entscheidend: „Back-ups retten Existenzen.“ Auch Dominique Dorner, IT-Berater bei der KVBW, betonte in seinem Vortrag zur neuen IT-Sicherheitsrichtlinie der KBV, wie wichtig eine fortlaufende Auseinandersetzung mit dem Thema ist: „IT-Sicherheit ist kein Zustand, sondern ein kontinuierlicher Prozess.“ Unterstützung bieten unter anderem Schulungsangebote der MAK sowie die IT-Beratung der KVBW.

Für das nächste Jahr gibt es beim eHealth Forum eine Premiere: Die Veranstaltung findet am 27. April 2027 erstmals in Stuttgart anstatt wie bisher in Freiburg statt. jh

docdirekt: ausgezeichnete Patientensteuerung aus Baden-Württemberg

Beim Forum „Ausgezeichnete Gesundheit“ des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) in Berlin ist docdirekt.de als Beispiel für exzellente ambulante Versorgung ausgezeichnet worden.

konnten telemedizinisch abschließend geklärt werden. Nur wenn weiterer Behandlungsbedarf besteht, erfolgt über den 116117- Patientenservice eine Weitervermittlung. Das kann, je nach Tag und Uhrzeit, die

strukturierte medizinische Ersteinschätzung (SmED). Nur wenn ein akuter Behandlungsbedarf festgestellt wird und eine telemedizinische Versorgung sinnvoll erscheint, wird eine Videosprechstunde ver-

im Ärztlichen Bereitschaftsdienst einen wichtigen Beitrag zur Entlastung der Versorgung leistet und gleichzeitig eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Die verfügbare Arztzeit ist eine der wertvollsten Ressourcen in unserem Gesundheitssystem. docdirekt hilft dabei, diese gezielt dort einzusetzen, wo sie medizinisch wirklich benötigt wird.“

engagieren möchten. In einer kurzen Schulung, die Voraussetzung für die Teilnahme am telemedizinischen Dienst ist, wird die Funktionsweise der Plattform praxisnah vermittelt. Melden Sie sich bei Interesse gerne per Mail beim docdirekt-Team: docdirekt-telemedizin@kvbawue.de



Mögliche SmED-Ergebnisse: Versorgungsebene und Steuerungsmöglichkeit (je nach Verfügbarkeit)

Notfall: Verdacht einer unmittelbaren Lebensbedrohung
→ 112 / Rettungsdienst / Notaufnahme

Schnellstmöglich bis zu 4 Stunden:
→ Notaufnahme / (Vertrags-)Arzt

Innerhalb von 24 Stunden / heute:
→ (Vertrags-)Arzt

Nicht innerhalb von 24 Stunden / eilt nicht
→ (Vertrags-)Arzt

Weiterentwicklung

Die KVBW sieht docdirekt als wichtigen Baustein für die zukünftige Versorgungsstruktur. Die digitale Plattform wird daher weiter ausgebaut. So ist für Herbst 2026 die Integration einer Schnittstelle zur Terminservicestelle (TSS) des 116117-Patientenservices geplant. Sollte nach der telemedizinischen Beratung ein persönlicher Arztkontakt notwendig sein, bekommt die Patientin oder der Patient einen Vermittlungscode für die Terminservicestelle. Mit dem Code kann auf der Plattform online ein TSS-Termin in einer Arztpraxis gebucht werden. Weiterhin ist die Integration eines PVS-Systems vorgesehen und damit auch die TI-Anbindung.

Bedarf an Teleärztinnen und Teleärzten steigt

Die telemedizinische Tätigkeit bietet die Möglichkeit, sich flexibel in die Versorgung einzubringen – sowohl im Bereitschaftsdienst als auch tagsüber. Mit der steigenden Nutzung wächst auch der Bedarf an telemedizinischer Beratung. Deshalb sucht die KVBW weitere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die sich als Teleärztin oder Telearzt

Marketing für docdirekt

Je mehr Patientinnen und Patienten docdirekt kennen, desto gezielter können Akutfälle in die passende Versorgungsebene gesteuert werden. Das entlastet den 116117-Patientenservice, den Ärztlichen Bereitschaftsdienst und die Praxen gleichermaßen. Unterstützen Sie uns dabei und machen Sie Ihre Patientinnen und Patienten auf docdirekt aufmerksam. Auf der KVBW-Website finden Sie hierfür das docdirekt-Logo und einen Info-Text (Bild-Datei) für Ihre Praxiswebsite; Ebenso können wir Ihnen Visitenkarten, Postkarten oder Plakate zu docdirekt für die Information im Wartezimmer zur Verfügung stellen. Bei Interesse können Sie diese per Mail bestellen. mt

→ Weitere Informationen finden Sie auch auf:
www.kvbawue.de/docdirekt
www.kvbawue.de/docdirekt-werbematerial

Postkarten, Plakate und Visitenkarten können Sie unter der folgenden E-Mail-Adresse bestellen:
docdirekt-telemedizin@kvbawue.de

Die Auszeichnung bestätigt einen Weg, den die KVBW bereits seit mehreren Jahren verfolgt: digitale Angebote dort einzusetzen, wo sie die ambulante Versorgung sinnvoll ergänzen und entlasten. Über die Plattform wurden seit November 2025 bereits über 20.000 Patientinnen und Patienten versorgt. Rund 75 Prozent der Anliegen

haus- oder fachärztliche Praxis, die Bereitschaftspraxis oder der ABD-Fahrdienst sein.

Bedarfsermittlung mit SmED

Dabei ist wichtig: docdirekt ist kein frei verfügbares Telemedizinangebot für beliebige Anliegen. Jeder Fall durchläuft zunächst die

mittelt. Die Plattform dient damit der gezielten Patientensteuerung und ergänzt die bestehende Versorgungsstruktur (siehe auch Kasten). Die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVBW, Dr. Doris Reinhardt, zieht ein positives Fazit: „Die Erfahrungen des letzten halben Jahres zeigen, dass die telemedizinische Beratung insbesondere

Ein Tag, der Perspektiven verändert

Wie sieht der Praxisalltag wirklich aus? Antworten darauf liefert das Hospitationsprogramm für Mitarbeitende der KVBW.

Das Programm ermöglicht Mitarbeitenden der KVBW, einen Tag lang den Arbeitsalltag in einer Vertragsarzt- oder Psychotherapiepraxis zu begleiten. Sie erleben Abläufe aus nächster Nähe, kommen mit Praxisinhaberinnen und -inhabern sowie den Teams ins Gespräch und gewinnen wertvolle Einblicke in die Versorgung vor Ort.

Über 200 beteiligte Praxen

Die Hospitationsbörse macht die Vermittlung unkompliziert: Interessierte finden dort freie Plätze und können sich direkt anmelden. Mehr als 200 Praxen beteiligen sich in diesem Jahr am Hospitationsprogramm – ein

neuer Höchststand. Die Resonanz der Mitarbeitenden fällt durchweg positiv aus. Viele berichten, wie wertvoll es sei, einen Tag „an der Basis“ zu verbringen und die Anforderungen des Praxisalltags zu erleben. Die Hospitationen schaffen Verständnis für die Perspektive der Niedergelassenen und helfen dabei, Prozesse innerhalb der KVBW noch stärker an den Bedürfnissen der Mitglieder auszurichten. Auch aufseiten der Praxen kommt das Angebot hervorragend an. „Es ist für mich eine Möglichkeit, der Verwaltung zu zeigen, wie die Realität aussieht und was wir in den Praxen täglich stemmen müssen“, sagt Dr. Thomas Vogel, Orthopäde aus

Tübingen. Ähnlich sieht es Daniela von Mühlendahl, Psychotherapeutin aus Stuttgart: „Das ist ein tolles Programm der KVBW, da habe ich gleich beschlossen mitzumachen. Uns kann es nur helfen, wenn wir das gegenseitige Verständnis verbessern.“ Genau darum geht es beim Hospitationsprogramm: Brücken bauen, Perspektiven wechseln und den Dialog stärken. gk



Vogel mit den Mitarbeiterinnen R. Umbach, S. Kosel, B. Galasso

„Positiv überrascht, wie einfach Telemedizin funktioniert“

Im Ärztlichen Bereitschaftsdienst übernimmt Dr. Armin Hartmann regelmäßig telemedizinische Dienste. Welche guten Erfahrungen er damit gemacht hat, erklärt er im Interview mit der ergo-Redaktion.

Herr Dr. Hartmann, Sie arbeiten als Telemediziner im Bereitschaftsdienst. Mit welchen Erwartungen sind Sie gestartet?

Ich bin seit Januar 2026 im telemedizinischen Bereitschaftsdienst tätig und habe inzwischen mehrere Dienste außerhalb der Sprechzeiten übernommen. Meine Erfahrungen haben mich im positiven Sinne überrascht. Aus meiner Sicht zeigt sich hier ein deutlicher Fortschritt in der medizinischen Akut- und Überbrückungsversorgung.

Welche Anliegen begegnen Ihnen im telemedizinischen Alltag besonders häufig?

Viele Anfragen kommen aus Pflegeeinrichtungen. Dabei geht es häufig um Medikamentendosierungen, etwa in palliativen Situationen, bei Schmerzpatienten oder bei Stoffwechselentgleisungen wie Hyperglykämien. Oft gibt es auch Fragen zur richtigen Dosierung unter Berücksichtigung von Grunderkrankungen, Begleitfaktoren und Unverträglichkeiten. Auch versehentliche Falscheinnahmen von Medikamenten sind ein häufiger Anlass, besonders in Pflegeeinrichtungen. Hier werden klare ärztliche Empfehlungen erwartet, auch zur rechtlichen Absicherung der Pflegekräfte.



Dr. Armin Hartmann

Können Sie uns Beispiele für typische Fälle geben?

Das Spektrum ist breit: Blutdruckentgleisungen, Fragen zur Medikation bei akuten oder chronischen Erkrankungen, Schmerztherapie, Infekte oder auch palliative Situationen – Einschätzungen verschiedenster Sachverhalte. Häufig geht es um die Frage: Reicht eine symptomatische Behandlung oder ist eine weiterführende Versorgung notwendig?

Wie viele Fälle lassen sich telemedizinisch abschließend klären?

Ein großer Teil. Nach meinen Erfahrungen können etwa 70 bis 80 Prozent der Anliegen fallabschließend bearbeitet werden. Oft reicht die ärztliche Einschätzung und die Empfehlung, sich am nächsten Tag an die Haus- oder Kinderarztpraxis zu wenden.

Wie reagieren die Patientinnen und Patienten?

Den psychologischen Effekt auf die Patienten, wenn ich als Arzt am Telefon bin, spüre ich sofort. Bei vielen Hilfesuchenden führt dies zu einer spürbaren Entspannung und Deeskalation ihrer Situation.

Gibt es auch Herausforderungen im telemedizinischen Dienst?

Insgesamt war ich positiv überrascht, wie einfach Telemedizin funktioniert. Viele Kolleginnen und Kollegen fragen sich, wie das funktioniert, und haben Vorbehalte. Dabei brauchen wir unbedingt noch mehr Mitarbeitende in diesem Dienst. Ich kann nur raten: Probiert es aus, macht die kurze Online-Schulung der KVBW. Es ist wirklich kein Hexenwerk. Toll ist, dass ich telemedizinische Dienste von überall aus leisten kann – zum Beispiel bequem von zu Hause aus.

Für wie wichtig halten Sie das Angebot der Telemedizin?

Ich habe schon seit vielen Jahren Erfahrungen mit ärztlicher Beratung



Oft gibt es Fragen zur Medikation.

am Telefon, etwa während der Coronazeit. Telemedizin ist ein sehr wirksames Instrument, um Notfallpraxen, Fahrdienste und auch den Rettungsdienst zu entlasten und viele Hausbesuche zu vermeiden. Gleichzeitig ergänzt sie die bestehenden Versorgungsebenen sinnvoll und praxisnah, weil quasi die Spreu vom Weizen getrennt wird.

Braucht es aus Ihrer Sicht auch mehr telemedizinischen Einsatz in der Regelversorgung?

Das ist eine spannende Frage. Ich denke, das hängt von der jeweiligen Versorgungssituation ab. In Gegenden wie dem Hochschwarzwald, wo es weniger Praxen gibt, wäre der Einsatz als Unterstützung sicherlich sinnvoll. Denn telefonisch lassen sich schon viele Fragen klären, sodass nur noch die Patienten in die Praxis kommen, bei denen es wirklich notwendig ist.

Wo sehen Sie aktuell noch Verbesserungspotenzial?

Bisher ist es noch nicht überall möglich, Medikamente per E-Rezept zu verschreiben. Auch digitale Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen können nicht ausgestellt werden. Insgesamt sollten unklare Situationen nach strukturierten Ersteinschätzungen noch häufiger telemedizinisch ärztlich abgeklärt werden. Sinnvoll könnte auch sein, künftig jedem Hausbesuch im Bereitschaftsdienst eine telemedizinische Einschätzung vorzuschalten – was die KVBW wohl auch tatsächlich plant. *gk*

→ Zur Person:
Dr. Armin Hartmann betreibt eine Hausarztpraxis in Heitersheim in Südbaden. Er ist auch Kreisbeauftragter des KV-Notdienstes im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und leitender Notarzt im selben Landkreis sowie Notarzt auf den Rettungswachen in Breisach und Bad Krozingen.

Wie werde ich 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-Arzt tätig werden möchte, kann sich in einer kompakten Schulung dafür qualifizieren. Alle wichtigen Informationen, FAQ-Listen und das Antragsformular zur Teilnahme sind auf der Website der KVBW zu finden:

www.kvbawue.de/docdirekt

Braun in den Vorstand der Arbeitgeber-AG gewählt

Die Arbeitsgemeinschaft ärztlicher Arbeitgeber von Medizinischen Fachangestellten (AAA) hat im Juni ihren neuen Vorstand gewählt. Erik Bodendieck von der sächsischen Landesärztekammer bleibt Vorsitzender des Vorstands. Dr. Karsten Braun folgt als erster stellvertretender Vorsitzender auf Dr. Volker Schrage und vertritt künftig im Vorstand der AAA zusammen mit dem zweiten stellvertretenden Vorsitzenden Armin Beck das KV-System. Dr. Sabi-

ne Arndt und Monika Buchalik komplettieren den Vorstand als Beisitzerinnen. Aufgabe der AAA ist der Abschluss von Tarifverträgen. Braun freut sich über das Vertrauen der Mitgliederversammlung in Zeiten des Fachkräftemangels und massiven wirtschaftlichen Drucks auf Praxen: „Mein Ziel sind faire und nachhaltige Lösungen, die den Beruf der MFA stärken und damit die ambulante Versorgung sichern.“ *red*



Von links nach rechts: Beck, Buchalik, Braun, Arndt, Bodendieck

Digitale Bewerbung auf Vertragsarztsitze



Online-Bewerbungen sind bald möglich.

Ab Herbst 2026 können Bewerbungen auf ausgeschriebene Vertragsarztsitze über eine neue Funktion auf der KVBW-Website digital eingereicht werden. Das neue digitale Be-

werbungsverfahren ersetzt das bisherige postalische Verfahren vollständig. Bewerbungen können dann online bei der jeweiligen Ausschreibung eingereicht werden. Diese werden

dann direkt an die Praxisabgebenden weitergeleitet, sodass schneller ein Austausch zwischen diesem und den Bewerberinnen und Bewerbern stattfinden kann.

Weitere Vereinfachungen

Möchte man sich nicht gleich bewerben, sondern zunächst mit den Praxisabgebenden Kontakt aufnehmen, ist dies künftig ebenfalls über eine neue Funktion möglich. Interessierte können ihre Anfrage direkt an die Praxisabgebenden senden, woraufhin diese dann die Interessentinnen und Interessenten kontaktieren können. Eine bereits eingereichte Bewerbung kann online auch wieder zurückgezogen werden. *ij*

→ Die Funktion ist ab Herbst 2026 auf der KVBW-Website verfügbar: www.kvbawue.de/praxisitze/

Zukunftsweisende Schutzimpfungsvereinbarung

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und die gesetzlichen Krankenkassen im Land haben sich auf eine neue regionale Schutzimpfungsvereinbarung geeinigt. Sie vereinfacht die Impfversorgung, erhöht die Impfvergütung um rund 7,9 Prozent und sorgt dafür, dass neue Impfungen schneller in die Regelversorgung gelangen.

Die neue Vereinbarung trat bereits am 1. Juli 2026 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2029. Sie schafft damit eine verlässliche Grundlage für die Impfversorgung für rund 10 Millionen gesetzlich Versicherte in Baden-Württemberg. Die Vertragspartner verfolgten von Beginn an zwei zentrale Ziele: Sie wollten Bürokratie abbauen und die Impfquoten nachhaltig steigern. Dafür haben sie die Vergütungsstruktur vereinfacht, einen Aufnahmeautomatismus für neue Impfungen eingeführt und die Beschaffung von Impfstoffen neu geregelt.

Der erste Baustein der Reform betrifft die Vergütung von Impfleistungen. Die Vergütungssystematik wurde vereinfacht und die Honorierung von Impfleistungen zugleich deutlich verbessert. Im Mittelpunkt steht eine Reduzierung auf drei transparente Pauschalkategorien. Die bisher unterschiedlichen Regelungen wurden kassenübergreifend vereinheitlicht. Das erhöht die Planungssicherheit für die Praxen und verringert den Verwaltungsaufwand. Darüber hinaus steigt die Impfvergütung kassenübergreifend um rund 7,9 Prozent und wertet Impfleistungen finanziell auf. Besonders deutlich profitiert die bisherige „Einfachimpfung“. Sie erhält eine spürbare finanzielle Aufwertung. Ab dem 1. Januar 2029 werden die Vergütungen außerdem automatisch an die Entwicklung

des regionalen Punktwertes angepasst. Dadurch gewinnen Praxen zusätzliche wirtschaftliche Stabilität und langfristige Planungssicherheit. Neben der Vergütung vereinfacht die Vereinbarung auch den Umgang mit neuen Schutzimpfungen. Ein neuer Aufnahmeautomatismus sorgt dafür, dass diese schneller und mit deutlich weniger Verwaltungsaufwand verfügbar werden. Künftig werden neue Schutzimpfungen direkt in die bestehende Vergütungsstruktur eingeordnet, sobald der Gemeinsame Bundesausschuss sie in die Schutzimpfungsrichtlinie auf-

Versorgung mit Impfstoffen deutlich einfacher. Die Vertragspartner haben zudem die neuesten Ergänzungen der Schutzimpfungsrichtlinie unmittelbar aufgenommen. Dazu wurde vereinbart, neue Impfstoffe grundsätzlich über den Sprechstundenbedarf bereitzustellen. Nur in Ausnahmefällen können die Vertragspartner davon abweichen. Mit der Vereinbarung senden die Selbstverwaltungspartner zugleich ein deutliches Signal an die Landes- und Bundespolitik. Höhere Impfquoten erfordern verlässliche Strukturen, weni-



Impfungen schneller in die Regelversorgung bringen

ger Bürokratie und angemessene Vergütung von Impfleistungen. Dr. Karsten Braun, Vorstandsvorsitzender der KVBW, betont die Bedeutung der Einigung: „In diesen schwierigen Zeiten zeigt die Selbstverwaltung die Handlungsfähigkeit und den Willen, die medizinische Versorgung im Land nachhaltig sinnvoll zu gestalten. Mit der Erhöhung der Impfvergütung setzen wir ein Zeichen dafür,

nimmt. Dadurch entfallen zeitintensive Nachverhandlungen zwischen den Vertragspartnern. Gleichzeitig sinkt das Risiko späterer Regressverfahren für die Praxen. Auch vorübergehende Kostenersatzverfahren werden künftig nicht mehr erforderlich sein. Bei konkreten Impfstoffen und deren Beschaffung bringt die Vereinbarung ebenso wichtige Neuerungen. Die vereinfachte Impfstoffbeschaffung entlastet Arztpraxen spürbar und macht die

dass die Durchführung von Schutzimpfungen von großer Bedeutung für die Gesundheit im Land ist und dass an dieser Stelle keine Einsparungen vorgenommen werden dürfen.“

Michael Mruck, Leiter der Landesvertretung Baden-Württemberg des Verbands der Ersatzkassen (vdek), sieht die Stärke der Vereinbarung vor allem in der neuen Struktur, die „dafür sorgt, dass Bürokratie konkret eingespart wird. Das entlastet Versicherte, Praxen und auch Krankenkassen, schafft Sicherheit und Planbarkeit. Wichtig ist aber auch, dass die Selbstverwaltungspartner sich nicht auf diesem Erfolg ausruhen, sondern zur gegebenen Zeit reflektieren, ob diese neue Struktur auch tatsächlich entscheidend zur Erhöhung der Impfquote beitragen konnte.“ *gk*

Neu in der Vereinbarung	Regelung
Meningokokken-A-, C-, W- und Y-Impfung (MenACWY)	Aufnahme als Regelimpfung, Impfstoffbezug über Sprechstundenbedarf
Chikungunya-Impfung	Aufnahme als Regelimpfung, Impfstoffbezug auf Name des Patienten
Hepatitis-B-Impfung ohne Indikation (Empfehlung des Sozialministeriums in BW)	Dauerhafter Bezug der Impfstoffe über Sprechstundenbedarf
Influenza-Impfung ohne Indikation (Empfehlung des Sozialministeriums in BW)	Dauerhafter Bezug der Impfstoffe über Sprechstundenbedarf

Mehr Arzneimittelrisiken als jemals zuvor

Neuer Rekord: Im Jahr 2025 gingen bei der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) insgesamt 11.154 Verdachtsmeldungen zu Arzneimittelrisiken, wie Qualitätsmängel oder Nebenwirkungen, ein. Diese stammten aus 4.978 verschiedenen (Krankenhaus-)Apotheken. Damit wurden die Werte aus den Vorjahren wieder übertroffen (2024: 10.882 Meldungen,

2023: 8.320 Meldungen). Etwa zwei Drittel der Meldungen bezogen sich auf Qualitätsprobleme, ein Drittel auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Die Anzahl an Medikationsfehlermeldungen stiegen im Vergleich zum Vorjahr (2025: 624, 2024: 348); Verdachtsmeldungen zu Arzneimittelmisbrauch waren leicht rückläufig (2025: 41, 2024: 50). *red*

PraxisInfo der KBV: Kind-Krank-Bescheinigung

Die ärztliche Bescheinigung eines erkrankten Kindes (Kind-Krank-Bescheinigung) erfolgt auf dem Formular 21, das im Juli 2024 an mehreren Stellen angepasst wurde. Aufgrund der zusätzlichen Ankreuzfelder für Unfälle und soziales

weisen Eltern gegenüber dem Arbeitgeber und der Krankenkasse nach, dass das Kind krank ist und betreut werden muss. Der betreuende Elternteil beantragt mit der Bescheinigung anschließend das Kinderkrankengeld. *red*



Entschädigungsrecht (SER) bestehen zum Teil Unsicherheiten beim Ausfüllen. Die KBV hat eine neue PraxisInfo veröffentlicht, die hierzu Hinweise gibt und praxisnahe Beispiele bietet. Kann ein Elternteil aufgrund eines erkrankten Kindes nicht arbeiten, wird in der Regel eine ärztliche Bescheinigung (Formular 21) benötigt. Damit

➔ Die PraxisInfo ist auf der Website der KBV zum Download verfügbar: www.kbv.de/documents/infotehke/publikationen/praxisinfo/praxisinfo-kind-krank-bescheinigung.pdf



Neue Fortbildungsplattform zu FGM/C für medizinische Fachkräfte

E-Learning-Module zum Thema Genitalverstümmelung zeit- und ortsunabhängig durchführbar

Weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung (Female Genital Mutilation/Cutting – kurz FGM/C) ist eine Menschenrechtsverletzung mit schweren körperlichen, psychischen und sozialen Folgen.

Millionen Frauen betroffen

Weltweit sind über 230 Millionen Frauen und Mädchen betroffen – auch in Deutschland leben laut Schätzungen mehr als 100.000 betroffene Mädchen und Frauen sowie zahlreiche gefährdete Mädchen.

Medizinisches Fachpersonal – insbesondere in der Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie, Allgemeinmedizin sowie in der Hebammenhilfe – spielt eine zentrale Rolle: bei der medizinischen Versorgung, in der Kommunikation mit Betroffenen und Angehörigen, beim Erkennen von Gefährdungssituationen und bei der Umsetzung von Kinderschutzmaßnahmen.



Trotz zunehmender Bedeutung bleibt FGM/C im klinischen Alltag derzeit häufig unerkannt – oft aus Unsicherheit, mangelhafter Ausbildung oder Sorge vor kulturellen Missverständnissen. Dabei ist fundiertes Wissen entscheidend: für eine professionelle und evidenzbasierte medizinische Versorgung, rechtssichere Dokumentation und eine respektvolle, kultursensible

Gesprächsführung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fordert explizit strukturierte Fortbildungsangebote für medizinisches Personal. In diesem Rahmen wurde die modulare E-Learning-Plattform von der Arbeitsgruppe FGM/C der AG FIDE e. V. mit Unterstützung des Sozialministeriums Baden-Württemberg entwickelt – evidenzbasiert, praxisorientiert und für Sie kostenfrei. Die Module sind zeit- und ortsunabhängig durchführbar. *red*

➔ www.fgm-fortbildung.de/



Was bei einer Überweisung an ein Sozialpädiatrisches Zentrum zu beachten ist

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

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) nehmen eine besondere Stellung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein. Gleichwohl zeigt die Praxis, dass Unsicherheiten hinsichtlich der Überweisungsvoraussetzungen und des konkreten Leistungsspektrums bestehen. Ursache hierfür ist nicht zuletzt die enge rechtliche Rahmung des SPZ-Auftrags, die sowohl den Zugang als auch den Umfang der Leistungen klar begrenzt.

Spezialisierte Auftrag auf gesetzlicher Grundlage

Die Tätigkeit eines SPZ beruht auf einer ausdrücklichen Ermächtigung nach Paragraph 119 SGB V. Diese ist nicht pauschal, sondern inhaltlich präzise auszugestalten. Der Ermächtigungsbeschluss muss einen differenzierten Leistungskatalog enthalten, der die zulässigen Leistungen nach Art, Schwere und Dauer der Erkrankung konkret

beschreibt. Damit wird sichergestellt, dass sich die Tätigkeit des SPZ auf klar definierte Indikationen beschränkt und nicht in die Breite der allgemeinen ambulanten Versorgung ausweitet. Diese rechtliche Ausgestaltung ist Ausdruck des besonderen Versorgungsauftrags der SPZ: Sie sind keine allgemeine Anlaufstelle für entwicklungsgefährdete Kinder, sondern richten sich gezielt an Patientinnen und Patienten mit komplexem, interdisziplinärem Behandlungsbedarf.

Zielgruppe: Kinder mit komplexem Versorgungsbedarf

Inhaltlich sind SPZ auf die frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Kindern ausgerichtet, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung – oder einer drohenden Behinderung – nicht durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte oder interdisziplinäre Frühförderstellen ausreichend versorgt werden

können. Der Fokus liegt damit auf besonders anspruchsvollen Versorgungssituationen, die regelmäßig ein koordiniertes, multi-professionelles Vorgehen erfordern. Diese Spezialisierung bedingt zugleich eine klare Abgrenzung gegenüber der regulären vertragsärztlichen Versorgung: SPZ treten nicht an deren Stelle, sondern ergänzen diese in eng umgrenzten Fällen.

Dreistufigkeit der Versorgung als Leitprinzip

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat die Rolle der SPZ im Versorgungssystem wiederholt präzisiert und dabei insbesondere die sogenannte Dreistufigkeit hervorgehoben. Auf der ersten Ebene steht die kinderärztliche Versorgung als primäre Anlaufstelle. Ergänzend kommen auf der zweiten Ebene interdisziplinäre Frühförderstellen zum Einsatz. Erst wenn diese Versorgungsangebote nicht ausreichen, ist auf der dritten

Ebene eine Behandlung im SPZ vorgesehen. Das Bundessozialgericht betont in diesem Zusammenhang ausdrücklich, dass das „differenzierte und hochspezialisierte Leistungsangebot“ der SPZ auf diejenigen Kinder zu konzentrieren ist, die hierauf angewiesen sind und deren Versorgung durch die vorgelagerten Strukturen nicht sichergestellt werden kann (BSG, Urteil vom 17.02.2016 – B 6 KA 6/15 R).

Vorrang der vertragsärztlichen Versorgung und Wirtschaftlichkeitsgebot

Diese Systematik wird durch das Wirtschaftlichkeitsgebot der Paragraphen 70, 12 SGB V zusätzlich gestützt. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Vor diesem Hintergrund ist die Inanspruchnahme eines SPZ stets daran zu

messen, ob eine weniger spezialisierte Versorgungsform ausreichend wäre. Daraus folgt ein klarer Vorrang der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung: Erst wenn deren Möglichkeiten ausgeschöpft sind oder nicht ausreichen, kommt eine Überweisung in ein SPZ in Betracht. Auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind SPZ ausdrücklich als ergänzende – nicht als substituierende – Versorgungsstruktur konzipiert. Eine Überweisung auf Zuruf ist also auch hier nicht möglich.

Relevanz des konkreten Ermächtigungsumfangs

Neben der grundsätzlichen Frage der Indikation ist für die Praxis insbesondere der individuelle Ermächtigungsumfang eines SPZ von Bedeutung. Da dieser im jeweiligen Ermächtigungsbeschluss konkret festgelegt wird, kann er sich zwischen einzelnen Einrichtungen unterscheiden. lh

Medikationsbrief soll interprofessionelle Zusammenarbeit vereinfachen

Das neu entwickelte, digitale Format des Medikationsbriefs soll die interprofessionelle Zusammenarbeit von Apothekerinnen und Apothekern mit Ärztinnen und Ärzten weiter verbessern und vereinfachen. Apothekerinnen und Apotheker übermitteln den Arztpraxen mit dem Medikationsbrief in standardisierter Form arzneimittelbezogene Probleme (ABP), insbesondere im Kontext der pharmazeutischen Dienstleistung „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“. Diese ABP können sich unter anderem auf Interaktionen, Nebenwirkungen, Dosierungen oder Darreichungsformen beziehen. Der Medikationsbrief kann zwischen Apotheken und Arztpraxen über das sichere KIM-System in der Telematik-Infrastruktur elektronisch verschickt werden. Laut Dr. Armin Hoffmann, Präsident der Bundesapothekerkammer, soll



Mehr Informationen zur Medikamenteneinnahme.

auf Seite der Apotheken stand vor allem die Akzeptanz auf ärztlicher Seite im Vordergrund. Teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten war wichtig, dass der Medikationsbrief neben den ABP auch Lösungsvorschläge von Seiten der Apotheken zum jeweiligen ABP enthält, um ärztliche Entscheidungen zu erforderlichen Therapieanpassungen bestmöglich zu unterstützen. ABP, die in der Apotheke bereits gelöst werden konnten, zum Beispiel Unsicherheiten der Patienten bei der Anwendung komplexer Darreichungsformen oder zum richtigen Anwendungszeitpunkt, sollen hingegen nicht kommuniziert werden. Der Medikationsbrief ist für die interprofessionelle Kommunikation konzipiert. Patienten werden weiterhin im persönlichen Gespräch in der Apotheke oder Arztpraxis und ergänzend über ihren aktualisierten Medikationsplan informiert. red

Neue LaborKompakt-Ausgabe zu Borreliose



Wehret den Zecken!

Über die Diagnostik der frühen Lymeborreliose nach einem Zeckenstich informiert eine neue „LaborKompakt“-Ausgabe der KBV. Sie bietet Praxen auf zwei Seiten einen Überblick zu Symptomen, empfohlenen Testverfahren und Besonderheiten bei der Diagnosestellung. Ein Ablaufschema zur Labordiagnostik verdeutlicht das empfohlene Vorgehen bei begründetem klinischem Verdacht auf eine Borrelioseinfektion. Die neue Ausgabe steht ab sofort auf der Themenseite der KBV zum Herunterladen und Ausdrucken bereit. Auf der Seite finden Ärzte und Ärztinnen darüber hinaus „LaborKompakt: Praktische Tipps zur

Präanalytik“ sowie alle Ausgaben der Reihe „Empfehlungen zur Labordiagnostik“. Unter dem Titel „LaborKompakt“ erhalten Ärztinnen und Ärzte auf ein bis zwei Seiten einen schnellen und praxisbezogenen Überblick zu diversen Themen aus dem Bereich Labordiagnostik. red

➔ **Weitere Informationen:**
www.kbv.de/documents/praxis/patientenversorgung/labor/labor-kompakt-borreliose.pdf





Arzt fragt, KV antwortet

Veränderungen bei der Verordnung von Biologika

Seit April bekommen meine Patienten in der Apotheke nicht immer das Biologikum, das ich verordnet habe. Gab es Änderungen?

Ja. Seit 1. April 2026 ist die Apotheke verpflichtet, Verordnungen von Biologika wirtschaftlich zu beliefern. Sie muss prüfen, ob rabattierte oder preisgünstige Biosimilars mit dem gleichen Wirkstoff verfügbar sind, und entsprechende Präparate abgeben. Der Austausch findet analog zum Generika-Austausch statt.

Wieso kann der Austausch der komplexen Biologika in der Apotheke erfolgen?

Mit nur geringfügigem Unterschied auf molekularer Ebene gelten Biosimilar und Original-Biologikum nach heutigem Kenntnisstand als gleichwertig hinsichtlich Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit. Es kann somit von einer therapeutischen Vergleichbarkeit ausgegangen werden, und ein Austausch in der Apotheke ist daher möglich. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Kriterien definiert,

wann der Austausch zulässig ist. Diese hat die Apotheke zu beachten.

Muss ich weiterhin auf eine wirtschaftliche Verordnung achten und, falls ja, was ist zu berücksichtigen?

Ja. Zwar übernimmt die Apotheke grundsätzlich die Auswahl des wirtschaftlichen Biologikums. Allerdings entfällt die Pflicht der Apotheke für einen Austausch, wenn Sie ein Aut-idem-Kreuz setzen. Die Anforderungen dafür sind sehr hoch.

Daher begründet beispielsweise ein Patientenwunsch allein keine Verordnung, die die Substitution ausschließt. Nur aus medizinisch-therapeutischen Gründen darf das Aut-idem-Kreuz im Einzelfall verwendet werden. Diese Gründe müssen dabei gut dokumentiert sein. Krankenkassen prüfen regelmäßig, ob Aut-idem-Kreuze berechtigterweise gesetzt werden. Viele dieser Prüfungen ziehen Nachforderungen nach sich, wenn die Voraussetzungen für das Aut-idem-Kreuz nicht nachvollziehbar sind. *mm*

Servicetage

Am Samstag, **10. Oktober 2026**, findet ab 9.30 Uhr der **Servicetag der Bezirksdirektion Reutlingen** statt. Der Servicetag bietet Ihnen die Möglichkeit, sich kompakt über aktuelle Themen zu informieren und direkt mit den Fachbereichen der KVBW ins Gespräch zu kommen. Dazu bieten wir Ihnen ein abwechslungsreiches Programm: Im Mittelpunkt der Vorträge steht, welche Bedingungen der Gesetzgeber für die haus-, fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung setzt und worauf sich die Praxen einstellen müssen. Zudem informieren wir Sie zu den Themen Verordnungen, Praxisübergabe und den betriebswirtschaftlichen Grundlagen der Praxisführung. Es erwartet Sie darüber hinaus ein Informationsmarkt, bei dem die Fachbereiche der KVBW vertreten sein werden.

Für die **Bezirksdirektion Stuttgart** ist am **Samstag, 17. Oktober 2026**, ebenfalls ein Servicetag geplant. Die Details zu Programm und Anmeldung folgen in einem separaten Schreiben.

➔ **Bitte merken Sie sich diese Termine vor – wir freuen uns auf Ihr Kommen!**

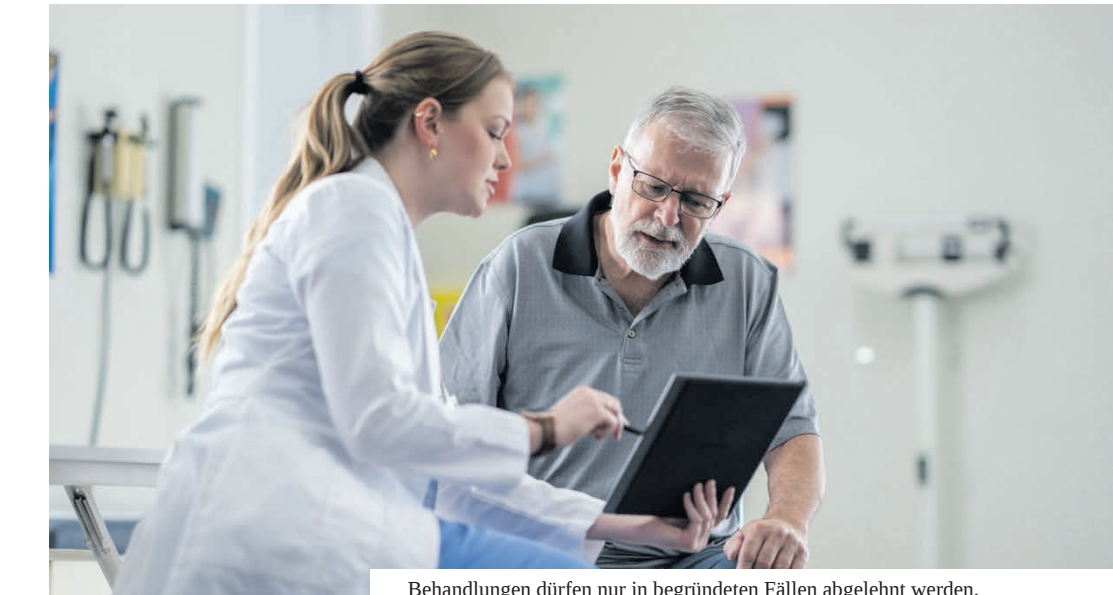
Umgang mit Patienten außerhalb der hausarztzentrierten Versorgung

In jüngerer Zeit ist vermehrt die Frage aufgekommen, ob gesetzlich versicherten Patienten der Abschluss eines Behandlungsvertrages verweigert werden darf, wenn sie eine Einschreibung in die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) ablehnen.

Die Antwort darauf ist eindeutig: Nein. Dies gilt auch dann, wenn eine Praxis ausschließlich als HzV-Praxis geführt werden soll. Grundsätzlich dürfen Vertragsärzte Kassenpatienten nicht ablehnen. Eine Ablehnung ist nur in wenigen Ausnahmefällen zulässig, etwa wenn ein volljähriger Patient seine elektronische Gesundheitskarte nicht vorlegt. Darüber hinaus besteht für Vertragsärzte die Verpflichtung, gesetzlich versicherte Patienten zu behandeln. Diese Verpflichtung ergibt sich aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 75 SGB V sowie aus § 13 Abs. 7 BMV-Ä.

Keine Bedingungen

Daher ist es rechtlich nicht zulässig, eine Behandlung oder Untersuchung von Bedingungen abhängig zu machen, beispielsweise von einer Einschreibung in die HzV. Hier kommt noch hinzu, dass die Teilnahme an der HzV für Versicherte ausdrücklich freiwillig ist



Behandlungen dürfen nur in begründeten Fällen abgelehnt werden.

(§ 73b Abs. 3 Satz 1 SGB V). Diese gesetzlich verankerte Freiwilligkeit trägt zugleich dem ebenfalls gesetzlich garantierten Recht auf freie Arztwahl (§ 76 SGB V) Rechnung. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass eine Einschreibung für den Arzt möglicherweise mit einer besseren Vergütung verbunden wäre. Die Ablehnung eines GKV-Versicherten aus finanziellen Aspekten ist unzulässig und verstößt gegen das Vertragsarztrecht. Dies wurde auch durch das Bundessozialgericht mit Urteil vom 14. März 2001 (Az.: B 6 KA 54/00 R) bestätigt. Ebenso wenig reicht eine möglicherweise

effizientere Organisation von Patientenströmen oder der Praxisverwaltung als Grund für eine Ablehnung von Patienten, die sich nicht in die HzV einschreiben wollen, aus. Es ist außerdem rechtlich unzulässig, Patienten, die sich gegen eine HzV-Einschreibung entscheiden, hinsichtlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung einzuschränken. Die Ablehnung einer Behandlung kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht. Ein solcher Fall kann zum Beispiel auch vorliegen, wenn das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nachhaltig gestört ist. Voraussetzung ist

jedoch, dass die Störung nicht vom Arzt selbst verursacht wurde, sondern vom Patienten ausgeht. Zudem muss das Zerwürfnis ein Ausmaß erreicht haben, das eine weitere Behandlung unzumutbar macht. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn dem Arzt ohne nachvollziehbaren Grund ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird, wenn therapeutische Anordnungen bewusst und wiederholt missachtet werden oder wenn fortlaufend Wunschrezepte beziehungsweise medizinisch nicht erforderliche Untersuchungen eingefordert werden. In solchen Situationen sollten die Gründe für die Ablehnung

einer weiteren Behandlung sorgfältig dokumentiert werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Krankenkasse des Patienten über die Gründe für die Beendigung des Behandlungsverhältnisses zu informieren (§ 13 Abs. 7 BMV-Ä).

Überlastung gilt nur zeitweise

Eine weitere anerkannte Ausnahme kann eine tatsächliche Überlastung der Praxis sein. Diese wird in der Regel als Ablehnungsgrund akzeptiert, wenn aufgrund eines außergewöhnlich hohen Patientenaufkommens keine qualitätsgesicherte Behandlung mehr gewährleistet werden kann. Von einer Überlastung kann jedoch nicht gesprochen werden, wenn gleichzeitig noch Kapazitäten für die Aufnahme neuer Privatpatienten vorhanden sind. Zudem kann eine Überlastung nur vorübergehend geltend gemacht werden, beispielsweise für das jeweils laufende Quartal. Unabhängig von allen genannten Ausnahmen gilt jedoch, dass Notfälle niemals abgelehnt werden dürfen. Ein Notfall liegt vor, wenn beim Patienten eine akute Behandlungsbedürftigkeit besteht und die erforderliche medizinische Versorgung keinen Aufschub zulässt. Der Arzt ist dabei verpflichtet, sich selbst davon zu überzeugen, ob ein solcher Notfall vorliegt. *lh*

Seminare der Management Akademie der KVBW

Auszug aus unserem Gesamtprogramm

A = Ärztinnen/Ärzte, M = Mitarbeitende, P = Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten



Kurstitel	Ziel- gruppe	Format/ Ort	Datum	Dauer/ Uhrzeit	CME- Punkte	Kurs- nummer	Gebühr
EBM für Einsteiger – Facharzt- praxen	Ä, M	Live-Online	23. September	15-18:30 Uhr	4	oL 07K	98 €
GOÄ für Einsteiger	Ä, M	Live-Online	21. Oktober	15-19 Uhr	5	oL 32K	98 €
Das große 1x1 der Verordnun- gen – Arzneimittel, Verbandmit- tel & Co.	Ä	Live-Online	7. Oktober	15-18 Uhr	5	oL 43K	69 €
Hieb- und stichfest: Verord- nung von Schutzimpfungen	Ä, M	Online-Kurs	jederzeit	100 Min.	4	eL 04/26	98 €
Verordnung von Sprechstun- denbedarf ohne Stolperfallen und Regressgefahr	Ä, M	Live-Online	15. Oktober	15-17:30 Uhr	3	oL 52S	49 €
MVZ in Theorie und Praxis	Ä, M, P	Live-Online	7. Oktober	15-18 Uhr	4	oL 59S	69 €
Personalgewinnung und Personalbindung in Zeiten des Fachkräftemangels	Ä, M, P	Live-Online	15. Oktober	9-17 Uhr	11	oL 87F	159 €
NEU: Alles im Flow: Erfolgrei- cher Praxisbetrieb durch Struk- tur und Kommunikation	Ä, M, P	Live-Online	8. Oktober	15-18:30 Uhr	5	oL 89K	98 €
Alles, was Recht ist: Arbeits- rechtliche Grundlagen der Praxis	Ä, M, P	Live-Online	30. September	9-14 Uhr	8	oL 102R	159 €
Rechtssicheres Praxismanage- ment - den Behandlungsver- trag professionell umsetzen	Ä, M, P	Live-Online	21. Oktober	15-18:30 Uhr	5	oL 104F	98 €
Fit und fair im Umgang mit IGeL-Angeboten	Ä, M	Online-Kurs	jederzeit	90 Min.	4	eL 10/26	98 €
Basiskurs Qualitätsmanage- ment	Ä, M, P	Live-Online	23. Oktober, 14-19 Uhr + 24. Oktober, 9-16 Uhr		18	oL 148R	259 €
QM für Fortgeschrittene - so bleiben Sie auf Erfolgskurs	Ä, M, P	Live-Online	20. Oktober	9-14 Uhr	8	oL 151S	159 €
Datenschutz in der Praxis	Ä, M, P	Live-Online	13. Oktober	9-14 Uhr	8	oL 155R	159 €
Hygiene in der Praxis – Haus-/ Facharztpraxen	Ä, M	Reutlingen	24. September	14-19 Uhr	8	R 165	98 €
Hautkrebs-Screening – Fortbildung für Hausärzte	Ä	Reutlingen	26. September	9-17 Uhr	8	R 197	229 €
Behandlungs- und Schulungs- programm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI)	Ä, M	26. September, Live-Online (Ä + M) + 29. September, Stuttgart (M)		jeweils 9-17 Uhr	9	S 202	159 €
Behandlungs- und Schulungs- programm für Patienten mit Hypertonie (ZI)	Ä, M	Live-Online	9. Oktober, 15-19 Uhr (Ä+M) + 10. Oktober, 9-17 Uhr (M)		5	oL 207R	129 € (Ä) 139 € (M)
DMP Asthma/COPD – struk- turiertes Schulungsprogramm NASA	Ä, M	Stuttgart	10. Oktober	9-17 Uhr	9	S 208/2	159 €
DMP Asthma/COPD – struk- turiertes Schulungsprogramm COBRA	Ä, M	Stuttgart	17. Oktober	9-17 Uhr	9	S 208/3	159 €

Impressum
ergo Ausgabe 2/2026

**Zeitung der
Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg**
ISSN 1862-1430

Erscheinungstag:
22.07.2026

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, Leiter Stabsbereich
Kommunikation

Redaktion:
Gabriele Kiunke (gk),
Julian Höfer (jh)
Kai Sonntag (ks)
Martina Tröscher (mt)

Anschrift der Redaktion:
Redaktion ergo
KVBW Albstadtweg 11,
70567 Stuttgart
kommunikation@kvbawue.de

Mitarbeitende dieser Ausgabe:
Tobias Binder (tb)
Florian Unuk (fu)
Inga Junge (ij)
Larissa Henkel (lh)
Magdalena Monter (mm)
Jasmin Küffer (jk)
Rahel Weber (rw)

Korrektur:
Petra Eppig

Fotos und Illustrationen:

S. 1: KVBW/Gabriele Kiunke
S. 2: Tobias Oberbeck
KVBW
iStock/Daniel Balakov
S. 3: Privat
Frank Hügler PhotoGraph
S. 4: Dennis Haberland
iStock/Jelina Preethi
S. 5: Roland Geiger
iStock/Teka77
Paul Schneider
S. 6: iStock/ Djordje Krstic
iStock/ Drazen Zigic
S. 7: iStock/Ridofranz
S. 8: KVBW/Norman Ill
iStock/ PeopleVideos
S. 9: KVBW/Norman Ill
S. 10: KVBW/Gabriele Kiunke
S. 11: privat
iStock/vorDa
BÄK
iStock/Tippapatt
S. 12: iStock/Poike
iStock/ArtMarie
iStock/vld.enc
S. 13: iStock/Jacob Wackerhausen
iStock/Avalon_Studio
S. 14: iStock/hoja_viva
iStock/FatCamera
S. 16: KVBW/Gabriele Kiunke
Gesundheitsministerium BaWü
KVBW/Norman Ill
iStock/bernardbodo

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Auflage:
26.000 Exemplare

Druck:
Freiburger Druck GmbH &Co. KG

Gestaltung und Produktion:
Norman Ill

Die Redaktion behält sich die Kür-
zung von Leserzuschriften vor. Die
in dieser Zeitschrift veröffentlichten
Beiträge sind urheberrechtlich ge-
schützt. Abdruck nur mit Genehmi-
gung des Herausgebers.

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

Weitere über 200 Seminare und die Möglichkeit zur Online-
Anmeldung
finden Sie unter www.mak-bw.de.

Für weitergehende Fragen gibt Ihnen das Team der
Management Akademie (MAK) gerne Auskunft.

Telefon: 0711 7875-3535 | E-Mail: info@mak-bw.de





Neues KVBW-Design

Moderner, frischer, freundlicher: Die KVBW hat ihren Markenauftritt mit einem Relaunch angepasst. Das bisherige Markenbild ist mehr als zehn Jahre alt und hat zunehmend für Schwierigkeiten gesorgt. So musste beispielsweise das Logo angepasst werden, da es für viele Anwendungsfälle wie Social Media nicht geeignet war. Hinzu kommt, dass die KVBW auf lizenzfreie Schriften umstellen möchte, was Kosten spart. Vorgaben hinsichtlich Barrierefreiheit erfordern, dass Farben angepasst werden. Mit dem neuen Markenauftritt präsentiert sich die KVBW freundli-



cher, moderner und frischer. Dabei bleiben die Grundzüge des Markenauftritts erhalten. Das neue Design betrifft eine Vielzahl von Anwendungen: Briefe, Formulare, Website, Publikationen, Anträge und vieles mehr. Um den Umsetzungsaufwand zu reduzieren und Kosten zu sparen, erfolgt die Umstellung schrittweise. Viele Anwendungen werden erst dann umgestellt, wenn sie sowieso angepasst werden müssen. Deshalb kann es sein, dass die KVBW für eine gewisse Zeit noch mit unterschiedlichem Layout auftritt. ks



Prominenter Gast am Stand der KVBW bei der Stallwächterparty des Landes in Berlin: Ministerpräsident Cem Özdemir und seine Frau Flavia wurden von Dr. Doris Reinhardt und Dr. Karsten Braun begrüßt. Zeit für ein paar persönliche Worte abseits des politischen Tagesgeschäfts.

Abschied von Sozialminister Manne Lucha



Bei einem persönlichen Gespräch haben sich die KVBW-Vorstände Dr. Karsten Braun und Dr. Doris Reinhardt von Sozialminister Manne Lucha verabschiedet, der das Amt nach der Wahl abgegeben hat. Positiv in Erinnerung bleiben aus Sicht der KVBW die Initiative des Ministers zur Förderung zusätzlicher kinderärztlicher Weiterbildungsstellen sowie seine Unterstützung für die Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Auch bei der Krankenhausstruktur habe Lucha früh Handlungsbedarf erkannt und bestehende Überkapazitäten konsequent angegangen. „Was uns einte, ist das Bemühen um die Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung im Land“, betonte Dr. Karsten Braun. Ein weiterer gemeinsamer Nenner war das Thema Digitalisierung. Der von Manne Lucha häufig formulierte Leitsatz „Präventiv vor digital vor ambulant vor stationär“ sei ihm in besonderer Erinnerung geblieben, so Braun. Die Vorstände dankten dem scheidenden Minister für die langjährige Zusammenarbeit und wünschten ihm für seinen weiteren Weg alles Gute. gk

Änderungen in der Vertreterversammlung



Erstmal tritt aus den Reihen der psychotherapeutischen Delegierten der Vertreterversammlung eine Person in den VV-Vorstand: Dipl.-Psych. Ulrike Böker aus Reutlingen wurde als neue zweite stellvertretende Vorsitzende in der Sitzung am Mittwoch, 8. Juli, gewählt. Böker folgt Mar-



kus Haist aus Pforzheim nach, der dieses Amt zurückgegeben hatte, nachdem er zum 1. Vorsitzenden und Präsidenten des Berufsverbandes der Frauenärztinnen und Frauenärzte (BVF) gewählt worden war. red

Mit dem Fahrrad gesund und aktiv durch den Alltag

Regelmäßige Bewegung ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für Gesundheit und Wohlbefinden. Eine einfache Methode für mehr Aktivität: Fahrrad fahren. So wird Bewegung in den Alltag eingebaut und Mobilität unkompliziert, flexibel und effizient gestaltet – ganz ohne zusätzlichen Zeitaufwand.

Die RadKULTUR, eine Initiative des Ministeriums für Verkehr Baden-Württemberg, setzt sich dafür ein, Fahrradfahren attraktiver zu gestalten und mehr Menschen für das Rad zu begeistern. Ob beim Einkaufen, auf dem Weg zur Arbeit oder in der Freizeit: Die RadKULTUR motiviert Bürger, mehr Strecken im Alltag mit dem Rad zurückzulegen und dabei etwas Gutes für Gesundheit und Umwelt zu tun. Dazu veranstaltet die RadKULTUR zahlreiche Events und Mitmachaktionen in ganz Baden-Württemberg. Ob RadChecks,

bei denen Experten das Rad kostenlos prüfen, RadService-Punkte für die erste Hilfe bei kleinen Pannen unterwegs oder das STADTRADELN, bei dem Radelnde Kilometer für ihre jeweilige Kommune sammeln und sich so für nachhaltige Mobilität einsetzen. Die Angebote schaffen Gelegenheiten, das Rad ins Rollen zu bringen und mit Freude in den Alltag zu integrieren. Wer dabei sein möchte, findet alle Rad-Events unter:
➔ www.radkultur-bw.de/mitradeln/events

- Fünf gute Gründe, aufs Fahrrad zu steigen**
- 1. Radfahren ist gesund**
Regelmäßiges Radfahren ist ein perfektes Ganzkörpertraining. Der Tritt in die Pedale ist gut für die Ausdauer und stärkt das Immunsystem. Zusätzlich reduziert es das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

- Die Bewegung an der frischen Luft kann helfen, Stress abzubauen und neue Energie zu gewinnen. Schon fünf Minuten Rad fahren am Tag machen einen bedeutenden Unterschied für die eigene Gesundheit.
- 2. Radfahren schützt das Klima**
Jeder mit dem Rad zurückgelegte Kilometer senkt die CO2-Bilanz und trägt zu einer besseren Luftqualität bei. Fahrräder verursachen keinen Lärm und sind platzsparend.
 - 3. Radfahren ist preiswert**
Radfahren schont nicht nur die Umwelt, sondern auch den Geldbeutel. Einsteigermodelle oder Leihräder gibt es bereits für kleine Preise, teilweise können sie als Leasing-Dienstrad sogar über den Arbeitgeber in Anspruch genommen werden. Ausgaben für Benzin, Parkgebühren oder Monatskarten entfallen.



- 4. Radfahren ist flexibel**
Mit dem Fahrrad ist man jederzeit zum Losfahren bereit, muss nicht lange nach einem Parkplatz suchen und kann direkt am Ziel ankommen.
 - 5. Radfahren ist schnell**
Auf kurzen Strecken ist das Fahrrad oft das schnellste Verkehrsmittel, da Staus und Verspätungen umgangen werden können.
- Die perfekte Route finden**
Der Sommer bietet die ideale Möglichkeit, das Radfahren auf dem Weg zur Arbeit oder für sonstige Strecken im Alltag

auszuprobieren. Hier unterstützt der RadROUTENPLANNER der RadKULTUR unter www.radroutenplaner-bw.de bei der Planung der passenden Route. Pendler und Fahrradinteressierte können neue Wege entdecken und sich die perfekte Strecke zum Ziel planen lassen. Das kostenfreie Angebot liefert Informationen zu Dauer, Distanz und Wegführung und ist an persönliche Wünsche anpassbar.

➔ Alle Angebote und Informationen rund um die RadKULTUR Baden-Württemberg sind auf der Website unter www.radkultur-bw.de zu finden. red