

# KVBFORUM 03|22



## **KEIN STAATLICHER ZWANG IM GESUNDHEITSWESEN!**

**Warum eine gemeinsame Selbstverwaltung allen nützt**

**22 | KVB INTERN:** KVB-Mitglieder wählen die Vertreterversammlung

**26 | KVB INTERN:** Praxisnetze gründen MVZ

**30 | VERORDNUNGEN:** Antibiotika – ARena plus klärt auf

4 **AKTUELLES IN KÜRZE**

5 **EDITORIAL**

**TITELTHEMA**

6 Eingriffe in Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit

Auflistung aller politischen Maßnahmen, die den Handlungsspielraum von KVen, Krankenkassen oder G-BA in den letzten Jahren beschnitten haben

8 Das plant die Koalition in der Selbstverwaltung

Klare Festlegungen sucht man im Koalitionsvertrag vergeblich. Eine Nachfrage bei den gesundheitspolitischen Sprechern von SPD und FDP



Politische Einmischungen in die Aufgaben der Selbstverwaltung gilt es zu verhindern

10 Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen  
Was gibt der Staat vor? Und was ist durch das SGB V für Organisation und Finanzierung der medizinischen Versorgung in Deutschland durch die Selbstverwaltung geregelt?

12 „Dann haben wir im G-BA einen Lobbyistenkrieg“  
Interview mit dem G-BA-Vorsitzenden Professor Josef Hecken, der speziell in Ausnahmzeiten für eine Autonomie der Selbstverwaltung und eine klare Aufgabenteilung plädiert

14 Die KVB geht einen Schritt voraus  
Als Institution der Selbstverwaltung mit breitem Aufgabenspektrum kümmert sich die KVB auch um den Ausbau innovativer Versorgungsformen und neuer Abrechnungswege

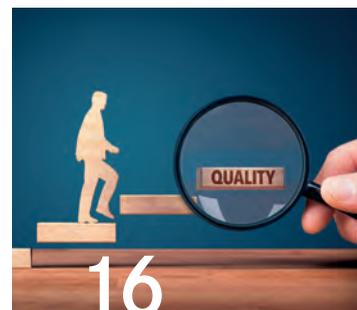


Für Mitglieder und Nicht-Mitglieder generiert die KVB immer wieder neue Serviceangebote

16 Qualität in eigener Sache  
Zu den Kernaufgaben einer KV gehört es, die Qualität der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen flächendeckend weiterzuentwickeln

18 Verträge mit Kostenträgern  
Die Partner der Selbstverwaltung haben bei der Ausgestaltung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung einen beträchtlichen Handlungsspielraum

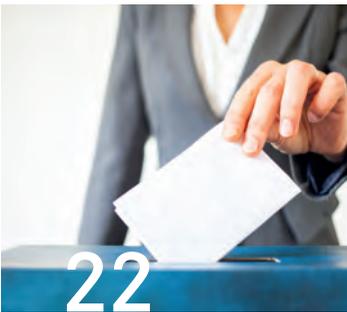
20 Die ambulante Gesundheitsversorgung mitgestalten  
Wie bewertet die junge Ärztesgeneration die Privilegien und Instrumentarien der Selbstverwaltung zum Vorteil der eigenen Praxis?



Die KVen haben unter anderem auch die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung im Blick

**KVB INTERN**

- 22 KVB-Mitglieder wählen die Vertreterversammlung  
Interview mit Landeswahlleiter Peter Kalb anlässlich der Wahl der Vertreterversammlung der KVB vom 27. Oktober bis 9. November 2022
  
- 24 Inklusion: Gynäkologische Versorgung erweitert  
Eine erfolgreiche Kooperation des Gesundheitsreferats der Landeshauptstadt München und der KVB ermöglicht seit 1. Oktober 2021 eine gynäkologische Spezialprechstunde
  
- 26 Praxisnetze gründen MVZ  
Das hausärztliche MVZ des Ärztenetzes Rosenheim GmbH & Co. KG (Änro) unter Geschäftsführer Dr. med. Gregor Droscha ist das zweite seiner Art in Bayern



Ab Ende Oktober 2022 steht die Wahl zur neuen Vertreterversammlung der KVB an

- 27 G-BA beschließt neue ASV-Indikationen  
Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven sowie solche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen können künftig von einer interdisziplinären Behandlung profitieren

**VERORDNUNGEN**

- 28 Thrombose-Risiken von hormonalen Kontrazeptiva  
Sie werden oft als Lifestyle-Präparate beworben, dabei handelt es sich um Arzneimittel mit unter Umständen ernsten Nebenwirkungen
  
- 30 Antibiotika: AREna plus klärt auf  
AREna plus führt die erfolgreiche Aufklärungskampagne des Innovationsfondsprojekts AREna in den sozialen Medien fort



Kombinierte hormonale Kontrazeptiva erhöhen das Risiko venöser Thromboembolien

**VERSORGUNG FÖRDERN**

- 32 Donauwörth-Nord und Lauingen brauchen Hausärzte  
Wer aktuell in die Selbstständigkeit starten will, sollte die Fördermöglichkeiten in diesen beiden wirtschaftsstarken Regionen nutzen

**KURZMELDUNGEN**

- 34 Zi-Grafik des Monats
  
- 34 Niedergelassene ernüchtert von eAU und Co.
  
- 35 Neuer Masterstudiengang in Landshut
  
- 35 Selbsthilfekoordination Bayern startet Podcast

**LESERBRIEFE**

**IMPRESSUM**

**KVB KONTAKTDATEN**



Derzeit stoßen eRezept und eAU in den Praxen noch auf Ablehnung

## Wichtiges für die Praxis

### Teilnahme am Zi-Praxis-Panel verlängert

Im Rahmen des Zi-Praxis-Panels erhebt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) jährlich Daten zur wirtschaftlichen Entwicklung in den Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Schwerpunktthema ist diesmal der Komplex „Ausbildung des Praxispersonals“, die als wesentlich gesehen wird, um dem sich abzeichnenden Mangel an qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entgegenzuwirken. Vor diesem Hintergrund enthält



die diesjährige Umfrage – neben dem regulären Fragebogen – auch einen Fragebogen zur Abfrage dieses Schwerpunktthemas. Circa 58.000 Praxen werden angeschrieben und gebeten, sich an der Umfrage zu beteiligen. Wie in den Vorjahren ist die Befragung in zwei Teile gegliedert: Der erste Teil (Inhalt: Praxismerkmale, Angaben zu Inhabern und Angestellten) ist von den Teilnehmenden selbst zu bearbeiten. Der zweite Teil dreht sich um die wirtschaftliche Seite der Praxis und wird in der Regel unter Einbindung des Steuerberaters ausgefüllt. Die Erhebung erfolgt für Praxisinhaber und Steuerberater per Online-Fragebogen, für den Steuerberater besteht alternativ die Möglichkeit, einen Papier-Fragebogen anzufordern.

Um möglichst vielen Praxen eine Teilnahme am aktuellen Zi-Praxis-Panel zu ermöglichen, wird der Erhebungszeitraum **bis zum 31. März 2022** verlängert. Die Teilnehmenden erhalten eine Aufwands-pauschale und profitieren von einem individuellen Praxisbericht, der nach Datenauswertung über ein Online-Portal zur Verfügung gestellt wird. Weiterführende Informationen zum Zi-Praxis-Panel sowie den Zugang zur Befragung finden Sie unter [www.zi-pp.de](http://www.zi-pp.de).

Redaktion

## ZITAT DES MONATS

„Es wird nur ein Leben mit Corona geben. Wir können das Virus nicht eradizieren, nicht auslöschen.“

*Prof. Dr. med. Hendrik Streeck,  
Mitglied des Corona-Expertenrats  
der Bundesregierung*

*(Quelle: Die Zeit  
vom 20. Januar 2022)*

## ZAHL DES MONATS

# 28.880

Mitglieder hatte die KV Bayerns zum Stichtag 1. Januar 2022.

*(Quelle: KVB)*

## VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2022

Die Vertreterversammlungen der KVB finden im Jahr 2022 an folgenden Terminen in der Eisenheimerstraße 39, 80687 München, statt:

- Samstag, 19. März 2022, 9.00 Uhr
- Mittwoch, 29. Juni 2022
- Samstag, 26. November 2022

Informationen rund um die geplante Vertreterversammlung und deren Ablauf finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Über uns/Organisation/Vertreterversammlung*.

## „SELBSTHILFE BEI ANGSTSTÖRUNGEN“

Im Rahmen des Projekts „Zusammenarbeit mit Gesundheitsberufen“ findet am **Donnerstag, den 17. März 2022** von **18.00 bis 20.00 Uhr** eine **Online-Informationsveranstaltung** zum Thema **„Selbsthilfe bei Angststörungen“** statt. Ziel ist es, ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten darüber zu informieren, welche Möglichkeiten Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen ihnen und ihren Patienten bieten können.

Vertreterinnen und Vertreter aus drei Selbsthilfegruppen, die sich mit verschiedenen Aspekten der Angst beschäftigen (Herz ohne Stress, Angst-Panik, Krebs) berichten über ihre Arbeit. SeKo Bayern stellt mit dem neuen Flyer für Psychotherapeuten die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen in Bayern vor.

Die Veranstaltung wird vom Verein Selbsthilfekontaktstellen Bayern e. V. Würzburg in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer und der KVB organisiert und aus Mitteln des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege gefördert.

Für die Teilnahme erhalten Psychologische Psychotherapeuten von der PTK Bayern zwei Fortbildungspunkte. Anmeldung unter [www.seko-bayern.de](http://www.seko-bayern.de).

Redaktion



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn Sie einer Kollegin oder einem Kollegen aus dem Ausland den Begriff „Selbstverwaltung“ erklären müssen, dann ist dies eine durchaus anspruchsvolle Aufgabe. Das Prinzip, das vor allem in Deutschland, der Schweiz und Österreich verbreitet ist, besagt, dass die von einer Entscheidung Betroffenen ihre eigenen Angelegenheiten vornehmlich selbst regeln. In der Schweiz heißen die Beteiligten daher nicht ganz unzutreffend „parastaatliche“ Organisationen, die im Auftrag des Staates Aufgaben übernehmen, die dieser ansonsten selbst ordnen müsste. Der Vorteil dieses subsidiären Prinzips ist klar: Die Betroffenen haben in der Regel eine deutlich höhere Fachkompetenz als die Beschäftigten in der staatlichen Administration. Das Prinzip Selbstverwaltung ist allerdings nicht in Stein gemeißelt. Gerade Lokalpolitiker möchten häufig ihren Einfluss geltend machen, wenn Dinge anders geregelt werden, als sie sich dies in ihren speziellen Fällen wünschen würden. Notlagen wie Pandemien bieten so auch die Gelegenheit, (Macht-)strukturen nachhaltig verändern zu wollen. Professor Josef Hecken hat daher recht, wenn er in dieser Ausgabe von KVB FORUM fordert, die Selbstverwaltung müsse gegenüber solchen politischen Bestrebungen „wachsam“ bleiben (siehe Seite 12).

Wir haben in diesem Heft zahlreiche Aspekte des Prinzips Selbstverwaltung zusammengetragen, die zeigen, dass diese nicht nur Ausdruck unseres demokratischen Gemeinwesens sind, sondern auch den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie deren Patientinnen und Patienten nutzen. Sollten Sie also in Zukunft Bedarf haben, den Begriff Selbstverwaltung zu erklären, haben Sie nach dieser Lektüre hoffentlich zahlreiche gute Argumente zur Hand.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Krombholz  
Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Schmelz  
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Ritter-Rupp  
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

# EINGRIFFE IN SELBSTVERWALTUNG UND FREIBERUFLICHKEIT

Die verlässlichsten gesundheitspolitischen Konstanten der letzten Legislaturperiode waren politische Eingriffe in die Selbstverwaltung. Nahezu jedes wichtige Gesetz unter der Ägide von Ex-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn enthielt mindestens eine Maßnahme, die den Handlungsspielraum der Vertragspartner beschnitt. Ob diese Entwicklung auch unter dem neuen Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach weitergeführt wird, lässt sich anhand des neuen Koalitionsvertrags nicht so einfach evaluieren. Zu schwammig und unkonkret sind dafür häufig die Formulierungen der Koalitionäre.

Im Folgenden haben wir Ihnen die Eingriffe des Gesetzgebers in die Selbstverwaltung im Laufe der letzten vier Jahren zusammengefasst. Im Anschluss daran wagen wir einen Ausblick, auf welche Interventionen sich die Selbstverwaltung in den nächsten vier Jahren einstellen muss.

## Rückblick

Begonnen haben die Eingriffe in die Selbstverwaltung mit dem **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)**. Kern der Diskussion um das TSVG war die Regelung, dass niedergelassene Ärzte eine Mindestsprechstundenverpflichtung von 25 Stunden bei einem vollen Tätigkeitsumfang anbieten müssen. Diese Verpflichtung stellte einen gravierenden Eingriff in die Sprechstundengestaltung des freien Arztberufs dar. Neben dieser Regelung wurde implementiert, dass die Länder bestimmen können, ob trotz bestehender Zulassungssperren neue Niederlassungsmöglichkeiten in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten geschaffen werden. Auch, dass 51 Prozent der Gesellschafterteile der Genetik an das

Bundesgesundheitsministerium übertragen wurden, konnte als klares Zeichen gewertet werden, wohin der Weg von Minister Spahn gehen sollte.

Die nächste Beschneidung der Selbstverwaltung fand sich kurz darauf im **Implantateregister-Errichtungsgesetz (IRegG)**. Während das Gesetz eigentlich, wie der Name schon sagt, das Ziel verfolgte, eine Registerstelle für Implantate einzuführen, enthält es zusätzlich auch Regelungen zur Beschleunigung der Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Fristvorgabe für das höchste Gremium der Selbstverwaltung beträgt seitdem zwei statt drei Jahre.

Auch in Spahns Lieblingsprojekt, der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens, befanden sich „Angriffe“ auf das eigentlich unabhängige Gremium der Selbstverwaltung. Im **Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)** implementierte der Gesetzgeber Honorarkürzungen bei einem fehlenden Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) von bis 2,5 Prozent. Im **Patienten-**

**daten-Schutzgesetz (PDSG)** wurde die Praxis ein Jahr später, trotz Kritik durch Selbstverwaltung und KVen, fortgeführt und Ärzte und Psychotherapeuten noch weiter mit Honorarabzügen bestraft.

Auch im **Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG)** gab es einen sogenannten Omnibus, der die Kernaufgabe der Selbstverwaltung tangierte. Durch Änderungen in Paragraph 140a können sogenannte Beratungsleistungen nicht nur durch Vertragspartner, sondern auch durch Dritte erbracht werden.

## Ausblick

Wir halten Eingriffe in die Selbstverwaltung und den Freien Beruf für den absolut falschen Weg, um vermeintlich mehr Effizienz und bessere Ergebnisse im Gesundheitswesen zu generieren. Die Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit stehen für Sachverstand und Patientenorientierung. Als Grundpfeiler der ambulanten Versorgung haben sie sich gerade auch in Pandemie-Zeiten hervorragend bewährt.



**Politische Einmischungen in den Handlungsspielraum der Selbstverwaltung – wie insbesondere in den letzten vier Jahren – werden von den beteiligten Akteuren deutlich kritisiert und abgelehnt.**

Im neuen Koalitionsvertrag der Ampel ist von einer Honorierung dieser erbrachten Leistungen wenig zu spüren. Es springt sofort ins Auge, dass ein klares Bekenntnis von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zur Selbstverwaltung im gesamten Vertragstext nicht existiert. Während in den vorausgegangenen Koalitionsvereinbarungen immer die Wichtigkeit der Unabhängigkeit der Selbstverwaltung und der Freiberuflichkeit dargestellt wurde, fehlt dies nun gänzlich. Ob dies nun Zufall oder ein Wink für die Kursrichtung der Ampel ist, bleibt abzuwarten. Auf den gut acht Seiten zur Gesundheitspolitik finden sich eine Reihe an Maßnahmen, die die Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit schwächen könnten.

Beispielhaft dafür sind Aspekte zur Substitution ärztlicher Leistungen: Nachdem in der letzten Legislaturperiode bereits modellhaft Grippeimpfungen in Apotheken verlegt wurden, sollen nun neu geschaffene Gesundheitsberufe mehr und mehr in das Leistungsspektrum ärztlicher Tätigkeit eindringen. In

ländlichen Räumen sollen so zum Beispiel Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen künftig die Versorgung mit aufrechterhalten. Sollte dies in Absprache mit Ärztinnen und Ärzten vor Ort geschehen und unterstützenden Charakter besitzen, könnte es sich hierbei um eine sinnvolle Maßnahme handeln. Wie so oft, steckt der Teufel allerdings im Detail.

Einen weiteren größeren Eingriff in die Selbstverwaltung stellt die Regelung dar, wonach der Gesetzgeber künftig gemeinsam mit den KVen die Sicherstellung in unterversorgten Regionen gewährleisten möchte – eine Aufgabe, für die bisher allein die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig waren (Stichwort: Sicherstellungsauftrag). Wie diese Zusammenarbeit ausgestaltet werden soll, ist anhand des kurzen Abschnitts im Koalitionsvertrag nicht zu erkennen. Einen Eingriff in die Selbstverwaltung wird dies jedoch allemal darstellen. Ähnlich verhält es sich damit, dass Entscheidungen des Zulassungsausschusses durch Landesbehörden bestätigt werden sollen. Dass trotz erheblicher

technischer Probleme mit neuen digitalen Verfahren (Stichwort eRezept und eAU) das Tempo in der Digitalisierung weiter angezogen werden soll, ist ebenfalls kein Beweis dafür, dass die Sorgen und Nöte der Ärzteschaft ernst genommen werden sollen. Statt Druck und Sanktionen wäre es – ganz im Gegenteil – auch wichtig gewesen, Maßnahmen ins Auge zu fassen, die die Freiberuflichkeit stärken. Leider fehlt, trotz unserer Bemühungen, eine Passage zur Verhinderung von mehr Einfluss von Kapitalinvestoren im Gesundheitswesen.

Auch wenn es durchaus positive Signale an die Selbstverwaltung gibt – die Integrierten Notfallzentren sollen weiterhin unter Verantwortung der KVen stehen – hätten wir uns wieder mehr Gestaltungsmöglichkeiten gewünscht. Denn niemand weiß besser, wie es um die regionale Versorgungslandschaft bestellt ist, als die regionalen Player vor Ort. Das hat die Vergan- genheit immer wieder gezeigt.

*Simon Moßburger (KVB)*

# DAS PLANT DIE KOALITION IN DER SELBSTVERWALTUNG

Klare Festlegungen suchen gesundheitspolitisch Interessierte im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP oft vergeblich. Schwammig bleibt die Ampel auch beim Thema Selbstverwaltung. Was soll mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) passieren? Welche Rolle sollen die Länderbehörden zukünftig in den Zulassungsausschüssen bringen?

**W**as heißt, „Entscheidungen des Zulassungsausschusses müssen künftig durch zuständige Landesbehörde bestätigt werden“?

Wie will die Ampelkoalition „Entscheidungen in der Selbstverwaltung beschleunigen?“, Wie sollen Patientenvertreter im G-BA gestärkt werden? Und über welche Form der „Mitsprachemöglichkeiten für Pflege und andere Gesundheitsberufe“ denkt die neue Regierung nach? Wir haben bei den Koalitionären, respektive bei ihren gesundheitspolitischen Sprechern nachgefragt und zwar bei Heike Baehrens (SPD) und Christine Aschenberg-Dugnus (FDP). **Selbstverständlich wollten wir auch die Gesundheitsexperten von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit ins Boot holen. Doch leider haben wir trotz mehrfacher Nachfrage bis zum Redaktionsschluss von KVB FORUM keine Antwort erhalten.**

**Frau Baehrens, Frau Aschenberg-Dugnus, welchen Wert hat aus Ihrer Sicht die Selbstverwaltung für die ambulante Versorgung?**

**Heike Baehrens:** Das Prinzip der Selbstverwaltung ist eine historisch gewachsene tragende Säule unseres Gesundheitssystems. Wir als Sozialdemokraten sehen darin auch weiterhin die Chance auf Fortschritt und Innovationsfähigkeit für das gesamte System. Gleichzeitig garantiert die Selbstverwaltung den organisierten Ausgleich berechtigter Interessen und nimmt die Beteiligten mit in die Verantwortung. Wir sind der festen Überzeugung, dass gerade durch solche Mitgestaltung und Mitverantwortung derer, die in unserem System medizinische Leistungen anbieten und erbringen, auch die bestmögliche Versorgung für die Patientinnen und Patienten sichergestellt werden kann.



**Christine Aschenberg-Dugnus:** Wir Freie Demokraten bekennen uns zum Prinzip der Selbstverwaltung als tragende Säule unseres Gesundheitswesens. Sie hat für uns einen enormen Wert. Denn die Pandemie hat gezeigt, wo die Stärken unseres Gesundheitssystems liegen: In der Selbstverwaltung und in der Freiberuflichkeit. Hierbei müssen wir uns vor Augen führen, dass der überwiegende Teil der COVID-19-Patienten während dieser Pandemie ambulant behandelt wurde. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben sich an vorderster Front um die Patientinnen und Patienten gekümmert und sind daher die wahren Helden dieser Pandemie. Es war auch die Selbstverwaltung in der ambulanten Versorgung, die diesen Kraftakt möglich gemacht hat. Gerade die Pandemie hat gezeigt, wie wichtig es ist, dass Patienten sich darauf verlassen können, dass die selbst gewählten Ärztinnen und Ärzte frei nach medizinischen Erwägungen ohne Weisung Dritter handeln.

**Plant Ihre jeweilige Partei gesetzliche Änderungen im Bereich der Selbstverwaltung und wenn ja, welche?**

**Heike Baehrens:** Die Fortschrittskoalition aus SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sieht verschiedenen ordnungspolitischen Handlungsbedarf, der im Koalitionsvertrag bereits vereinbart ist. Uns eint der Wille zum Aufbruch und zur Erneuerung. So haben wir uns beispielsweise vorgenommen, die Parität zwischen Frauen und Männern in den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen endlich Realität werden zu lassen. Außerdem werden wir Strukturreformen des G-BA von Krankenkassen und Ärzten in Angriff nehmen. Die Verfahren des G-BA werden beschleunigt, die Patientenbank werden wir stärken und die Akteure der Pflege stärker in die dortigen Entscheidungen einbeziehen.

**Christine Aschenberg-Dugnus:** Grundsätzlich spricht sich die Ampelregierung für eine starke Selbstverwaltung aus. Das wurde während der Koalitionsverhandlungen zu keinem Zeitpunkt in Frage gestellt. Eine starke Selbstverwaltung ist das Fundament unseres Gesundheitswesens. Das soll auch so bleiben.

**Frau Baehrens, Frau Aschenberg-Dugnus, vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview Dr. phil. Axel Heise (KVB)*



**Für Heike Baehrens und die Partei der Sozialdemokraten ist das Prinzip Selbstverwaltung eine historisch gewachsene Säule des deutschen Gesundheitssystems, das bis heute Chancen für Fortschritt und Innovationsfähigkeit bereithält.**

**Christine Aschenberg-Dugnus spricht sich für eine starke Selbstverwaltung aus, die von der Ampelregierung nach eigenen Aussagen gewollt ist und von ihr auch nicht in Frage gestellt wird.**



# DIE SELBSTVERWALTUNG IM GESUNDHEITSWESEN



Im Gegensatz zu anderen Staaten liegt die Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht in staatlicher Hand, sondern wird gemeinsam von den Vertreterinnen und Vertretern der Ärzte und Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Krankenkassen und Versicherten wahrgenommen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Aufgaben gibt der Staat insbesondere im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vor und überprüft die Einhaltung im Wege aufsichtsrechtlicher Befugnisse.

## Historische Entwicklung

Infolge der Sozialgesetzgebung ab 1883 waren die Ärzte abhängig von den Krankenkassen. Diese hatten mit der alleinigen Entscheidungsgewalt darüber, welcher Arzt Kassenarzt werden durfte, maßgeblich deren berufliche Existenz in der Hand. Dies führte letztlich zu streikähnlichen Auseinandersetzungen, welche die ärztliche Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung gefährdeten. Erst mit Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durch Notverordnung vom 8. Dezember 1931 wurden diese zu den alleinigen Ver-

tragspartnern der Krankenkassen. In der Folge wurden die bestehenden Einzelverträge durch kollektivvertragliche Strukturen ersetzt.

## Die gemeinsame Selbstverwaltung

Die Ausgestaltung staatlicher Rahmenvorgaben durch Ärzteschaft und Krankenkassen unter staatlicher Aufsicht wird als „gemeinsame Selbstverwaltung“ bezeichnet.[1]

Essenziell ist dabei der Abschluss von (Kollektiv-) Verträgen zwischen Vertretern der Vertragsärzte [2] und der Krankenkassen. Diese schaffen auf Bundes- wie auf Landesebene einheitliche Grundvoraussetzungen der vertragsärztlichen Versorgung sowie einen Interessenausgleich zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vereinbaren den Bundesmantelvertrag, der als Rahmenvertrag den Inhalt der regionalen Gesamtverträge vorgibt.[3]

Die (Länder-) KVen erfüllen die vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben – primär den Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag.[4] Dazu schließen sie für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten gültige Gesamtverträge mit den Krankenkassen. Vertragsärzte und -psychotherapeuten werden mit ihrer Zulassung berechtigt und verpflichtet, die Versicherten entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen zu behandeln und werden für ihre Tätigkeit aus Mitteln der Gesamtvergütung honoriert.

Die gemeinsame Selbstverwaltung vollzieht sich nicht nur im Abschluss von Verträgen. Ebenso wichtig ist die Zusammenarbeit in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung.[5]

## Gremien der Selbstverwaltung auf Bundesebene

■ Die KBV [6], die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband bilden den sektorenübergreifend agierenden **Gemeinsamen Bundes-**

**Die Organisation und Finanzierung der medizinischen Versorgung obliegt der sogenannten Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.**



**ausschuss** als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung.[7] Er bewertet den Nutzen und die Wirtschaftlichkeit von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und entscheidet darüber, ob Leistungen zulasten der GKV erbracht werden dürfen. Zudem übernimmt er Aufgaben im Bereich Qualitätsmanagement und -sicherung und erlässt umfassende, verbindliche Richtlinien für die Gesundheitsversorgung.

- Der **Bewertungsausschuss** [8] erstellt den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der die Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Vergütung bildet. Er passt zudem den bundesweit geltenden Orientierungswert an, als Grundlage für die Vereinbarung regionaler Gebührenordnungen mit Euro-Preisen. Wird kein Konsens erzielt, tagt das Gremium erweitert um drei Unparteiische (**Erweiterter Bewertungsausschuss**).[9]

### Gremien der Selbstverwaltung auf Landesebene

- **Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen** prüfen, ob Über- oder Unterversorgungen drohen oder bestehen [10] und entscheiden über Zulassungsbeschränkungen.[11] Erweitert um Vertreter der Krankenhäuser prüfen die Gremien als **Erweiterte Landesausschüsse** die Voraussetzungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Einzelfall.[12]
- **Zulassungsausschüsse** entscheiden im Einzelfall über die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Über Widersprüche hiergegen entscheiden die **Berufungsausschüsse**. [13]

- Die KVen und die Landesverbände der Krankenkassen errichten **Prüfstellen** für Wirtschaftlichkeitsprüfungen und besetzen einen **Beschwerdeausschuss**, der über Widersprüche gegen Entscheidungen der Prüfstellen entscheidet.[14]
- Das **gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V** gibt unter anderem Empfehlungen zur sektorenübergreifenden (Notfall-) Versorgung ab. [15]

### Gremien der Streitschlichtung in der Selbstverwaltung

- Die **Landesschiedsämter** und **Bundesschiedsämter** legen den Inhalt von gesetzlich vorausgesetzten Verträgen über die vertragsärztliche Versorgung anstelle der Vertragspartner fest, wenn sich diese nicht einigen.[16]
- **Sektorenübergreifende Schiedsgremien** aus Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der Krankenhäuser entscheiden auf Landes- und Bundesebene in den ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben.[17]

### Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung

Über die Schaffung gesetzlicher Rahmenvorgaben hinaus ist der Staat grundsätzlich befugt, in die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen einzugreifen.[18] Dies geschieht durch konkrete Maßnahmen der Aufsichtsbehörden. Die Rechtsprechung beschränkt die aufsichtliche Kontrolle dabei jedoch auf die Einhaltung von Rechtsgrundlagen. Die Aufsicht darf der Selbstverwaltung keine eigenen Zweckmäßigkeitserwägungen aufoktroyieren.[19] Damit wird der Handlungsspielraum der Selbstverwaltung gesichert.

Ihren hohen Wert und ihre Leistungsfähigkeit hat die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen besonders anschaulich in der Corona-Pandemie unter Beweis gestellt. Auf Bundes- wie auch auf Landesebene wurden innerhalb kürzester Zeit entscheidende Regelungen und Vereinbarungen [20] getroffen und umgesetzt, die dazu beigetragen haben, dass die Vertragsärzte und -psychotherapeuten auch in einer pandemischen Lage handlungsfähig bleiben und die Patientinnen und Patienten adäquat versorgt werden können.

*Sebastian Schmidt  
(Rechtsabteilung der KVB)*

[1] Davon zu unterscheiden sind insbesondere die „ärztliche Selbstverwaltung“ in den Kammern auf Landes- und Bundesebene, die „vertragsärztliche Selbstverwaltung“ der KVen sowie die „soziale Selbstverwaltung“ der Krankenkassen.

[2] Im Folgenden sind zugleich Vertragspsychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren umfasst, wenn von „Vertragsärzten“ die Rede ist; vergleiche § 72 Absatz 1 S. 2 SGB V.

[3] § 82 Absatz 1 SGB V

[4] § 75 SGB V

[5] Die Gremien sind paritätisch mit Vertretern der Vertragsärzte und der Krankenkassen besetzt und zur Gewährleistung einer Mehrheitsfindung um unparteiische Mitglieder erweitert.

[6] Die KBV wird gemäß § 77 Absatz 4 SGB V durch die 17 Länder-KVen gebildet. Sie nimmt die Aufgaben der KVen auf Bundesebene wahr und stellt die ärztlichen Mitglieder der Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene.

[7] § 91 SGB V

[8] § 87 Absatz 3 SGB V

[9] § 87 Absatz 4 SGB V

[10] § 90 SGB V

[11] § 103 SGB V

[12] § 116b SGB V

[13] § 96, 97 SGB V

[14] § 106c SGB V

[15] Die Besetzung und Beschlussfassung sind in §§ 7-10 Bayerische Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze geregelt.

[16] § 89 SGB V; besondere Schiedsstellen werden vom Gesetzgeber zudem überall dort vorausgesetzt, wo Vertragspartner gesetzlich zu Vertragsschlüssen verpflichtet sind, zum Beispiel in §§ 295, 129, 131, 132l, 132e, 134 SGB V

[17] § 89a SGB V

[18] Vergleiche unter anderem §§ 78 Absatz 1, Absatz 3, 87 Absatz 6, 91a Absatz 1 SGB V

[19] Vergleiche unter anderem BSG, Beschluss vom 27. Januar 2021 – BSG B 6 A 1/19 R zur Beanstandung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses durch das Bundesministerium für Gesundheit; ausschließlich Rechtsaufsicht und keine Fachaufsicht.

[20] Übersicht von G-BA Regelungen abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/service/sonderregelungen-corona/Corona-Informationen-der-KVB-unter:https://www.kvb.de/praxis/qualitaet/hygiene-und-infektionspraevention/infektionsschutz/coronavirus/Sonderregelungen-EBM-> unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Serviceschreiben/2021/KVB-RS-211217-EBM-Corona-Sonderregelungen-Verlaengerung.pdf>

# „DANN HABEN WIR IM G-BA EINEN LOBBYISTENKRIEG“

Zwei Jahre nach dem Beginn der Corona-Krise zieht der Unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Professor Josef Hecken eine Pandemiebilanz. Er erklärt auch, warum sich die Politik aus der Selbstverwaltung besser heraushalten sollte – ob in Berlin oder in München. Und warum er keine Lust auf G-BA-Sitzungen im Zirkus Krone hat.



**Der G-BA-Vorsitzende Professor Josef Hecken plädiert gerade in Ausnahmesituationen wie der derzeitigen Pandemie für eine Autonomie der Selbstverwaltung und eine entsprechende Aufgabenteilung nach Zuständigkeiten und Kompetenzen.**

Herr Hecken, mehrfach sind Politiker und Organisationen aus dem Gesundheitswesen aneinandergeraten, als es um die Aufgabenverteilung bei der Pandemiebewältigung ging. Warum ist es auch in einer solchen Ausnahmesituation gut, wenn die Selbstverwaltung sich gegen Ratschläge oder gar Eingriffe aus der Politik wehrt?

Es gibt ja den auch in Bayern bekannten Spruch ‚Schuster, bleib bei Deinem Leisten‘. Heißt: Jeder soll das tun, wofür er besondere Kompetenz hat. Gerade in Notlagen helfen keine noch so gut gemein-

ten Verordnungen oder -gesetze, die am Ende des Tages an der praktischen Umsetzung scheitern. Das hat mittlerweile auch die Politik gemerkt. Wir sprechen miteinander, wir gehen nicht unter Käseglocken abgeschirmt unseren Aufgaben nach. Und nach dem Miteinsprechen sollte jeder im Rahmen der bewährten Aufgabenverteilung seine Entscheidungsbefugnisse und Handlungsspielräume nutzen. Betrachten wir das Beispiel Impfkampagne: Da sind unter Einsatz von fast zwei Milliarden Euro mehr oder weniger funktionierende Impfzentren aufgebaut worden – mit besten Absichten und unter hohem Handlungsdruck. Aber dann merkt man in dem Augenblick, als die Vertragsärztinnen und -ärzte in die Impfkampagne eingesteigen und genügend Impfstoffe bekommen, dass die Impfungen im bestehenden System wesentlich besser funktionieren.

**Den Vorwurf, in der Pandemie dauern traditionelle Entscheidungsprozesse zu lange, ein Punkt, gegen den sich ja beispielsweise die STIKO sogar öffentlich wehren musste, lassen Sie nicht gelten?**

Gründlichkeit und Schnelligkeit schließen sich nicht aus. Wir haben selbstverständlich die Verpflichtung,

in einer solchen Situation Prioritäten zu setzen. Das heißt, eine Evidenzprüfung, die im Bereich der Methodenbewertung durchaus zwei Jahre dauern kann, trifft man eben angesichts einer sehr elementaren Gefahr schneller und ich sage mal, etwas ‚rustikaler‘. Aber eben auch immer mit dem Spezialwissen, das wir im G-BA haben und über das die von mir geschätzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bundesgesundheitsministerium (BMG) oder im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit nicht verfügen, ja gar nicht verfügen können. Wir haben deshalb beispielsweise zu Beginn der Pandemie vom BMG den Auftrag bekommen, zu priorisieren, welche Bevölkerungsgruppen gegen ein geringes Entgelt Atemmasken bekommen sollten, weil sie für einen schweren COVID-Verlauf besonders gefährdet sind. Das haben wir auf der Basis einer Evidenzrecherche binnen einer Woche gemacht.

**Auf der einen Seite gibt es die Forderung nach schnellen Entscheidungen und auf der anderen will die neue Regierung noch weitere Player ins Boot der Selbstverwaltung holen, etwa Patientenvertreter in den G-BA oder die Politik in die unabhängigen Zulassungsausschüsse. Inwieweit passt das zusammen?**

Das ist nicht nur ein kleiner Widerspruch, sondern ein Beispiel für politische Zielkonflikte. Leider gibt es eine allgemeine Stimmung in der Bevölkerung – und auch in der Politik –, die sagt: Selbstverwaltung ist lästig, weil wir in der Versorgung Probleme sehen und diese offenbar nicht gelöst werden. Die Lösung kann aber nicht sein, die Gruppe, die entscheidet, so groß zu machen, dass jede und jeder mitentscheidet – bis hin zu orthopädischen Schuhmachermeistern, weil sie auch Hilfsmittel herstellen. Das würde dazu führen, dass ich am Ende des Tages unsere Sitzungen im Münchner Zirkus Krone abhalten kann. Wir haben im G-BA nicht nur das Plenum und neun Unterausschüsse, sondern über hundert Arbeitsgruppen, die sich mit den Spezialthemen befassen. Hier geht es um die Vorbereitung von rechtssicheren und evidenzbasierten Entscheidungen, und nicht um Voten verschiedener Interessengruppen – nach dem Motto, wer am lautesten schreit, kriegt am meisten. Das wäre sehr schwierig. Dann bekommen in diesen Arbeitsgruppen knallharte Interessenvertreterinnen und Interessenvertreter eine Spielwiese und im G-BA herrscht Lobbyistenkrieg.

**Viele Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten gehen demnächst in Rente. Die Sicherstellung der KVen steht unter einem hohen demografischen Druck. Inwieweit besteht bei diesem komplexen Problem, die Gefahr, dass die Forderung ertönt, „Freunde aus der Selbstverwaltung, liebe Zulassungsausschüsse, ihr packt es nicht, wir machen das jetzt selbst“?**

Die Länder haben heute schon die Möglichkeit, an einer Änderung der Verhältniszahlen in den jeweiligen

KV-Bezirken mitzuwirken. Es wäre aber ein Systembruch, wenn die Länder Stimmrecht und weitgehende Befugnisse in den Zulassungsausschüssen bekommen, obgleich sie keine finanzielle Verantwortung für die dort getroffenen Entscheidungen haben. Das ist Vermischung von Verantwortlichkeit. Wenn die Länder sagen, es gibt zu wenig Ärztinnen und Ärzte: Dann müssen die Länder mit ihrer Kompetenz die Studienplätze erhöhen. Die Kommunalpolitik wiederum kann attraktive Ansiedlungskonditionen anbieten, aber das tun viele nicht. Es ist zu wenig, von politischer Seite einfach nur zu beklagen, dass in einer bestimmten Region ein Kinderarzt oder ein Hausarzt nicht verfügbar ist, obwohl insgesamt tausende Sitze in Deutschland frei sind. Die entscheidende Frage ist: Wo sollen die Doctores überhaupt herkommen? Und warum sollen sie in sogenannte strukturschwache Gegenden gehen?

**Welche Lehren ziehen Sie beim G-BA aus der Pandemie für die Selbstverwaltung? Haben Sie auch Schwachstellen identifiziert?**

Selbstverständlich sind Schwachstellen insoweit aufgedeckt worden, weil wir festgestellt haben, dass es eine ganze Reihe – salopp ausgedrückt – Formalismen gibt, die für Regelverfahren gemacht sind. Die aber hinderlich sind, wenn man innerhalb von drei oder vier Tagen entscheiden muss. Wir haben im G-BA gelernt, dass man in solchen Situationen priorisieren und bestimmte Fristen verkürzen muss. Das würde ich sehr gerne in die Zeit nach der Pandemie mitnehmen, insbesondere bei Entscheidungen von „mittlerem Schwierigkeitsgrad“. Die können ganz bewusst durchaus ein bisschen hemdsärmeliger angegangen werden.

**Der Ruf nach mehr Geschwindigkeit bei Entscheidungsprozessen in der Selbstverwaltung wird nicht verhallen, Stichwort „Schritt halten mit dem weltweiten Trend zur Digitalisierung.“ Inwieweit steigt hier der Druck zu einer höheren Regelungsfrequenz, dem sich auch der G-BA nicht entziehen kann?**

Zunächst: Seit Jahren erfüllen wir zirka 96 oder 97 Prozent der Verfahren innerhalb der gesetzlichen Fristen. Wenn der Gesetzgeber nun sagt, wir verkürzen nochmals die Fristen, müssen wir dafür eine Lösung finden. Mein Punkt bei den digitalen Gesundheitsanwendungen, also den Apps, die verordnet werden können, war im Übrigen ein anderer: Hier wurde ja der Pfad der evidenzbasierten Vorabprüfung verlassen. Das kritisiere ich. Mit welcher Begründung winkt man im Teilbereich „Digitales“ auf Basis einer läppischen Begutachtung Medizinprodukte einfach so durch und stellt sie den Versicherten zur Verfügung? Ein solches Vorgehen ist nicht gut. In dem Augenblick, in dem bei der Selbstverwaltung die Wachsamkeit für solche Bestrebungen und Entwicklungen nachlässt, und das gilt für alle Ebenen der Selbstverwaltung, haben wir verloren. Entscheidend wird sein, wie die neue Regierungskoalition die Beschleunigung von Verfahren regeln möchte. Fazit: Kürzere Fristen sind okay, aber nicht auf Kosten der evidenzbasierten Prüfungen.

**Herr Professor Hecken, vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview Dr. phil. Axel Heise (KVB)*

# DIE KVB GEHT EINEN SCHRITT VORAUS

Als Institution der Selbstverwaltung mit einem breiten Aufgabenspektrum ist die KVB auch immer offen für neue Ideen in der Versorgung und den Ausbau neuer Abrechnungswege. Dafür nutzt sie intensiv die Möglichkeiten des Innovationsfonds, um neue Versorgungsformen zu erproben. Gleichzeitig setzt sie auf die kontinuierliche Weiterentwicklung des Abrechnungsservices bei Selektivverträgen und stellt damit ein fortschrittliches und zukunftsweisendes Angebot in der Versorgungslandschaft zur Verfügung.

Seit den Anfängen im Jahr 2016 nutzt die KVB gemeinsam mit ihren Mitgliedern die Möglichkeiten des Innovationsfonds und erprobt vielfältige neue Versorgungsansätze – mit dem Ziel, diese in die Regelversorgung zu überführen. Dabei geht es sowohl um die Betrachtung spezifischer Krankheitsbilder, deren Diagnostik und Therapie als auch um strukturelle Verbesserungen für eine fach- und sektorenverbindende Versorgung. So werden beispielsweise der Einsatz webbasierter Fallakten sowie Patienten-Apps und weitere telemedizinische Lösungsansätze im Rahmen unterschiedlicher Projekte, wie beispielsweise ACHT, NierenTx360°, sektOR-HF und TARGET erprobt und deren Wirksamkeit wissenschaftlich ausgewertet.

Die innovativen Ideen kommen dabei überwiegend aus der Ärzteschaft selbst und berücksichtigen die besonderen Belange der Praxen. Beim Innovationsfondsprojekt PoiSe beispielsweise wird evaluiert, wie gut Patienten mit akuten Schwindelerkrankungen durch eine individualisierte Patienten-App bei der Therapie und der Aufzeichnung ihrer Symptome unterstützt werden können. Für die teilnehmenden Haus-

und Fachärzte steht dabei eine webbasierte Plattform zur Unterstützung des Diagnostikprozesses zur Verfügung. Beim Projekt PETRA 2.0 sollen im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes die Wechselwirkungen von Psyche und Immunsystem aufgezeigt und der positive Einfluss eines psychotherapeutischen, gruppenbasierten Interventionsprogramms auf eine rheumatoide Arthritis belegt werden. Und im Rahmen des bereits abgeschlossenen Innovationsfondsprojekts ARena (siehe auch Seite 30) konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass eine Optimierung des leitliniengerechten Antibiotikaeinsatzes durch unterschiedliche Interventionen, wie beispielsweise datengestützte Feedbacks und interdisziplinäre, sektorenübergreifende Qualitätszirkel, möglich ist. Auch eine entsprechende Vergütung des Aufwands der Praxen bei neuen innovativen Leistungen ist wichtig und wird gewährleistet. Im Zuge des Projekts ARena wurde in der KVB sogar erstmals die Möglichkeit geschaffen, auch außerbayerische Ärztinnen und Ärzte abzurechnen – eine strukturelle Neuerung, durch die unter anderem die Abrechnung außerbayerischer ASV-Teams durch die KVB erst möglich wurde.

Weitere Informationen zu den genannten und weiteren Innovationsfondsprojekten mit Beteiligung der KVB finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Partner/Innovationsfonds*.

## Zusatzverträge – die KVB als kompetenter und innovativer Abrechnungspartner

Ärzte, Psychotherapeuten, Praxisnetze oder Berufsverbände können



zusätzlich zur Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Zusatzverträge mit einer oder mehreren Krankenkassen schließen. 2011 wurde der KVB-Abrechnungsservice Zusatzverträge als eigener Bereich innerhalb der KVB implementiert. Ziel war es, den bayerischen Ärzten und Psychotherapeuten bei der Umsetzung von Selektivverträgen als professioneller Ansprechpartner unterstützend zur Seite zu stehen. Das Geschäftsfeld Abrechnungsservice Zusatzverträge ist Teil des Referats Versorgungsinnovationen innerhalb der KVB.

Der Abrechnungsservice begleitet die Vertragspartner von der Beratung bis zur Umsetzung und Abrechnung der Verträge nach ihren individuellen Wünschen. Hierbei wird auf die bewährte Infrastruktur der KVB zurückgegriffen und der bürokratische Aufwand so gering wie möglich gehalten. So können KVB-Mitglieder die Abrechnung der Leistungen aus Zusatzverträgen gemeinsam mit ihrer Quartalsabrechnung einreichen. Durch stetige Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen steigen auch die Anforderungen der Vertragspartner: Die dynamische Weiterentwicklung der Abrechnungsinfrastruktur und -prozesse ermöglicht es, schnell und flexibel auf Kundenanforderungen reagieren zu können. Der Garant für die hohe Qualität der Leistungen des KVB-Abrechnungsservices ist neben fachlicher Kompetenz die langjährige Erfahrung in der Entwicklung und Abrechnung von Zusatzverträgen. Dies trägt dazu bei, im Wettbewerb mit anderen Abrechnungsdienstleistungsunternehmen zu bestehen. Kontinuierlich erweitert der KVB-Abrechnungsservice sein Portfolio und festigt seinen Ruf als zuverlässiger, lösungsorientierter und innovativer Partner. Dies bleibt auch Ärzten und Psychotherapeuten außerhalb Bayerns nicht verborgen, sodass auch Abrechnungsanfragen aus anderen Teilen Deutschlands an den KVB-Abrechnungsservice herangetragen werden. Alle Informationen hierzu finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Abrechnungsservice-Zusatzverträge*. Auf der Suche nach einem kompetenten Servicepartner stehen wir Ihnen gerne beratend zur Seite. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0 89 / 5 70 93 – 43 37 oder per E-Mail an [Zusatzvertraege@kvb.de](mailto:Zusatzvertraege@kvb.de).

Andrea Graf, Ursula Chmiela,  
Marietta Schildhauer (alle KVB)



## Förderung über den Innovationsfonds

Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes zum 23. Juli 2015 wurde der sogenannte Innovationsfonds geschaffen (Paragraf 92a SGB V). Mit ihm sollen neue Versorgungsformen sowie die Versorgungsforschung gefördert werden. Das am 7. November 2019 vom Bundestag beschlossene Digitale-Versorgung-Gesetz führt den Innovationsfonds fort. Von 2016 bis 2019 standen pro Jahr insgesamt 300 Millionen Euro für die Projektförderung zur Verfügung. In den Jahren 2020 bis 2024 beträgt das Fördervolumen pro Jahr 200 Millionen Euro. Der größte Teil der Finanzmittel in Höhe von 160 Millionen Euro wird für neue Versorgungsformen eingesetzt, 40 Millionen Euro sind für Projekte zur Versorgungsforschung vorgesehen.

## „Wir verstehen Innovation als Service“



„Unsere Innovationsfondsprojekte und Selektivverträge zeigen beispielhaft die Innovationskraft der bayerischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und sie verdeutlichen, wie sinnvoll es ist, auch digitale Innovationen kleinräumig und unter wissenschaftlicher Begleitung zu erproben, bevor diese in die Regelversorgung übernommen werden. Für die Aufwandsvergütung solcher innovativer Projekte ist eine geeignete Abrechnungsinfrastruktur erforderlich, die flexibel auf die Anforderungen und Bedürfnisse unserer Mitglieder und niedergelassenen Kundinnen und Kunden reagieren kann

und sich bürokratiearm den unterschiedlichen Anforderungen anpasst. Wir haben solche Lösungen etabliert und unterstützen mit unserem Service mittlerweile nicht nur unsere bayerischen Mitglieder, sondern auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) aus anderen Bundesländern. Außerdem nehmen auch Berufsverbände, Arztnetze und Psychotherapeutische Ausbildungsinstitute die Abrechnungsleistungen der KVB in Anspruch. Für unseren Service erhalten wir viele positive Rückmeldungen, die für uns ein Ansporn sind, uns in diesem Themenbereich bestmöglich aufzustellen und uns darin stetig weiterzuentwickeln.“

Fabian Demmelhuber, Leiter Referat Versorgungsinnovationen (KVB)

# QUALITÄT IN EIGENER SACHE

Eine der Kernaufgaben der Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen ist es, die Qualität der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen flächendeckend zu gewährleisten, zu fördern und weiterzuentwickeln. Wie das geht, beleuchtet der folgende Artikel.

Die rechtlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung und -förderung werden in der Regel auf der Grundlage des SGB V durch die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene erarbeitet, das heißt in Qualitäts-sicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie in Qualitätssicherungsvereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband festgelegt.

Die nachgelagerte Umsetzung dieser Vorgaben ist dann oftmals originäre Aufgabe der ärztlichen und psychotherapeutischen Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die drei Ebenen der Qualität, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, werden durch verschiedenste Maßnahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Selbstverwaltung sichergestellt: Zu nennen sind hierbei insbesondere die Prüfung der persönlichen und betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen beziehungsweise Qualifikationen, fachliche Eingangsprüfungen wie beispielsweise Fall-sammelungsprüfungen, Einzelfallprüfungen durch Stichproben, Umsetzung von Frequenzregelungen, Hygieneprüfungen, Prüfung von Fortbildungsaufgaben, gerätebezogene Initial- und Konstanzprüfungen, die Erstellung von Benchmark- und Feedbackberichten auf der Grundlage elektronischer Falldokumen-

tationen, Präparateprüfungen sowie die Unterstützung bei der Umsetzung des Qualitätsmanagements in Praxen und die Förderung der Qualitätszirkelarbeit.

In den Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die jeweils mit mindestens drei vom Vorstand berufenen hochqualifizierten ärztlichen Mitgliedern in ehrenamtlicher Tätigkeit besetzt sind, werden somit beispielweise Bild- und Schrift-dokumentationen, Zeugnismachweise sowie apparative, organisatorische, räumliche und hygienische Voraussetzungen geprüft beziehungsweise begutachtet sowie Kolloquien – das heißt kollegiale Fachgespräche – durchgeführt, um eine Einschätzung über die fachliche Qualifikation des Mitglieds in bestimmten Leistungsbereichen zu erlangen.

## Profunde Expertise und langjährige Erfahrung

Die Qualitätssicherungskommissionen mit ihrem hohen medizinischen Sachverstand unterstützen zudem die Verwaltung als beratende Instanz bei der Umsetzung und Durchführung der Verwaltungsverfahren im Bereich der Genehmigungsbearbeitung und der laufenden Qualitätssicherung. Dies erfolgt mit profunder Expertise und langjähriger Erfahrung in der Durchführung der jeweils geprüften Leistungen. Dabei wird stets auf eine unabhängige und objektive

Prüfung Wert gelegt, die mit Augenmaß erfolgt und den Nutzen für das Mitglied und die Patienten in den Vordergrund stellt.

Die ärztlich besetzten Kommissionen können dabei auch die medizinischen Besonderheiten im Einzelfall angemessen berücksichtigen sowie einheitliche fachliche Maßstäbe festlegen, die mit den ärztlichen Leitlinien übereinstimmen und dem aktuellen Stand der Medizin entsprechen. Die fundierten und unabhängigen Prüfungen durch die ärztlichen Kollegen der Qualitätssicherungskommissionen sind die Grundlage für die hohe Akzeptanz der Prüfungsergebnisse durch unsere Mitglieder und zugleich essenziell für das Vertrauen der Patienten und Krankenkassen in eine effektive Gewährleistung der medizinischen Qualität in der ambulanten Versorgung.

Im Vordergrund jeglicher Qualitätsprüfung durch die zuständigen Kommissionen steht dabei, dass die bei unseren Mitgliedern vorhandene, stark ausgeprägte intrinsische Motivation, die bestmögliche Behandlung und Therapie ihren Patientinnen und Patienten anzubieten, gefördert wird.

Im Idealfall bekommen unsere Mitglieder mit dem Prüfungsergebnis zugleich eine Empfehlung an die Hand, die sie gut in ihren Praxisalltag integrieren können und die zu einer höheren Sicherheit in der

Diagnostik und Behandlung beiträgt. Auch interkollegiale Beratungen durch die Kommissionen gegenüber den geprüften Mitgliedern finden in diesem Zusammenhang regelmäßig statt.

Bei all diesen Aufgaben steht unser fester Wunsch und eigener Anspruch im Vordergrund, den administrativen Aufwand sowohl für die Praxis als auch für die Verwaltung so gering wie möglich zu halten und gleichzeitig der Versorgung der Patienten optimal gerecht zu werden. Dies ist umso wichtiger, als die Zahl der Leistungsbereiche, die qualitätsgesichert werden, von einem halben Dutzend im Jahr 1991 auf mehr als 70 genehmigungspflichtige beziehungsweise qualitätsgesicherte Leistungen im Jahr 2021 angestiegen ist. Derzeit werden pro Jahr über 62.000 Anträge auf Genehmigung qualitätsgesicherter Leistungen durch die KVB bearbeitet und fast 10.000 Verfahren der laufenden Qualitätssicherung durchgeführt.

### Eigene Konzepte und Verträge

Zusätzlich entwickelt die ärztliche und psychotherapeutische Selbstverwaltung im Rahmen der Qualitätssicherung auch eigene Konzepte und Verträge zur strukturellen und finanziellen Förderung einzelner qualitätsgesicherter Leistungen, an denen die Praxen freiwillig teilnehmen können.

Diese Vereinbarungen haben primär zum Ziel, einen besonderen – über die Regelversorgung hinausgehenden – ambulanten Versorgungsaufwand oder eine besondere Versorgungsqualität abzubilden. Regionale Vereinbarungen gibt es beispielsweise für die Hygiene in der Endoskopie, Kataraktoperationen, das Hautkrebscreening oder für die ambulante ärztliche

Versorgung von Schwangeren. Auch hier müssen für eine Teilnahme bestimmte fachliche und/oder apparative Anforderungen nachgewiesen werden, die im Rahmen der Selbstverwaltung zu prüfen sind und so die Teilnahme unserer Mitglieder an den Verträgen mit den beteiligten Krankenkassen und eine damit verbundene Zusatzvergütung ermöglichen.

Gerade die freiwillige Teilnahme an Qualitätsprogrammen hat sich in den letzten Jahren als ein sehr sinnvoller und höchst effektiver Qualitätssicherungsansatz erwiesen.

Daher wird im Rahmen der Selbstverwaltung auch zunehmend großes Augenmerk auf die Förderung der Eigeninitiative und des kollegialen Austauschs gelegt. Zu erwähnen sind hier Themen wie der Ausbau und die Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements, die Qualitätszirkelarbeit, die Peer-Review-Verfahren, interdisziplinäre Fallkonferenzen und regelmäßige Fortbildungen sowie in der Psychotherapie die Inter- und Supervision.

### Förderung Qualitätszirkel

So wird beispielsweise die regionale Qualitätszirkelarbeit der mehr als 1.200 Qualitätszirkel in Bayern finanziell gefördert. Qualitätszirkel sind freiwillige und selbst organisierte Arbeitskreise von Ärzten und Psychotherapeuten, die eigenverantwortlich gegründet werden und sich unter Moderation in Gruppenarbeit regelmäßig zu fachlichen Themen austauschen und konkrete praxisnahe Hilfestellungen anbieten. Sie sind ein anerkanntes, auf Eigeninitiative basierendes Instrument zur Qualitätsförderung in der ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Bei der Qualitätszirkelarbeit unterstützen wir auch die



interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Verknüpfung des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements. Daher ist es ausdrücklich gewünscht, dass an unseren Qualitätszirkeln auch Krankenhausärzte und privatärztlich tätige Ärzte teilnehmen.

Wir unterstützen unsere Mitglieder und ihre Praxismitarbeiter zudem durch ein umfangreiches Seminarprogramm zur Qualitätsförderung, wie beispielsweise zum Qualitäts- und Hygienemanagement und zu den Disease-Management-Programmen (DMP).

Schließlich stellt die Selbstverwaltung den Mitgliedern seit geraumer Zeit umfangreiches Informationsmaterial zur Qualitätssicherung bei einzelnen Leistungsbereichen, wie zum Beispiel DMP, Koloskopie, Kernspintomographie, Mammographie oder bei der Zervix-Zytologie zur Verfügung.

*Philipp Hausbeck (KVB)*

**Unabhängige Prüfungen sind die Grundlage für die Akzeptanz durch die Mitglieder.**

# VERTRÄGE MIT KOSTENTRÄGERN

Den Partnern der Selbstverwaltung kommt ein beträchtlicher Spielraum bei der Ausgestaltung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung und somit eine Mitverantwortung für eine funktionierende Gesundheitsversorgung zu. Welche Zusammenhänge dabei unter anderem zwischen Bundes- und Landesebene bestehen, erläutert der folgende Artikel.

Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten wirken gemäß gesetzlichem Auftrag Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten und Krankenkassen als Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung zusammen. Die Ausgestaltung dieses Zusammenwirkens erfolgt insbesondere durch den Abschluss von Verträgen zwischen den KVen und den Krankenkassen. Diese bewegen sich im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des SGB V und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sowie eine angemessene Vergütung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen gewährleisten. Da die KV mit verbindlicher Wirkung für all ihre Mitglieder handelt, wird hier auch vom **Kollektivvertragssystem** gesprochen.

## Vereinbarungen auf Bundesebene

Der wohl bedeutsamste Kollektivvertrag auf Bundesebene ist der **Bundesmantelvertrag (BMV)**. Dabei handelt es sich um eine Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinbarung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), die nachrangig zum SGB V die Rechte und Pflichten

der Vertragsärzte und -psychotherapeuten regelt. Es werden dort unter anderem Regelungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, zur persönlichen Leistungserbringung und zu Überweisungen und Verordnungen getroffen.

Zentraler Bestandteil des BMV ist der **Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)**. Der EBM bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Es stellt damit einen Katalog von ärztlichen Leistungen und Bewertungen, aber noch keine Vergütungsordnung dar. Verantwortlich für den EBM ist der **Bewertungsausschuss (BA)**, der aus Vertretern von KBV und GKV-SV gebildet wird. Im BA wird ferner jährlich ein bundeseinheitlicher Punktwert (in Euro) zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr festgelegt, der **Orientierungswert (OW)**. Sofern im BA dazu keine gemeinsame Festlegung getroffen werden kann, kommt der um einen neutralen Vorsitzenden und zwei weitere neutrale Mitglieder der **Erweiterte Bewertungsausschuss (E-BA)** ins Spiel, der mit der Mehrheit seiner Mitglieder die zu schließende Vereinbarung zum OW festsetzt. Mit Blick auf die zentrale Preiskomponente, den OW, ist es in den letzten Jahren häufiger vorgekommen, dass der E-BA an-

gerufen werden musste. Dies darf als Ausdruck der konstruktiven Konfliktlösung der Selbstverwaltung gesehen werden, schließlich geht es bei den Verhandlungen über die Entwicklung des ärztlichen Honorars um beträchtliche Summen, für das Jahr 2022 zuletzt um ein Plus von rund 500 Millionen Euro durch die Erhöhung des OW.

Über den EBM hinaus werden im BA weitere wichtige Beschlüsse gefasst, die vor allem für die Honorarverhandlungen auf Landesebene von großer Bedeutung sind. So gibt er beispielsweise jährliche Empfehlungen zu den Leistungen, die außerhalb der **morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)** zu vergüten sind.

## Vereinbarungen auf Landesebene

In Bayern schließt die KVB mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Verträge über die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten mit Wohnort in Bayern, die **Gesamtverträge**. Der BMV ist dabei allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge. Ferner finden sich in den Gesamtverträgen Regelungen, wie zum Beispiel zur Abrechnung mit Krankenkassen und Ärzten, zum vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst, zur Abrechnung belegärztlicher Leistungen, zur

ambulanten Notfallbehandlung in Krankenhäusern oder zur sachlich-rechnerischen Prüfung der Abrechnung.

Besondere Bedeutung kommt dabei dem **Honorarvertrag** zu, der als Anlage zum jeweiligen Gesamtvertrag vereinbart wird. Er wird gemeinsam und einheitlich zwischen den Partnern auf Landesebene geschlossen und trägt mit einem jährlichen Honorarvolumen von mehr als sechs Milliarden Euro entscheidend zur Einnahmensicherung beziehungsweise Stabilisierung des Honorars der Ärzte und Psychotherapeuten bei. Zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen wird ein **regionaler Punktwert** vereinbart, wobei im Regelfall der Orientierungswert von der Bundesebene übernommen wird. Aus dem regionalen Punktwert und dem EBM ergibt sich dann eine **regionale Gebührenordnung** mit Euro-Preisen – in Bayern: B€GO –, die neben den Positionen des EBM aber noch weitere regional vereinbarte Ziffern enthält. Darüber hinaus wird die **MGV** vereinbart, die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die KVB für die gesamte vertragsärztliche Versorgung mit Wohnort in Bayern zu zahlen ist. Zu diesem Zweck wird der Behandlungsbedarf der bayerischen Versicherten in Punkten mit dem regionalen Punktwert in Euro ermittelt, fortgeschrieben und vertraglich festgesetzt. Eine (begrenzte) Leistungsmenge und der vereinbarte Preis sind damit die wesentlichen Parameter für die Weiterentwicklung der MGV. Ferner gibt es noch Leistungen, die jenseits einer Mengensteuerung zum vollen Preis der B€GO vergütet werden, die **extrabudgetäre Vergütung (EGV)**. Hierbei handelt es sich um Leistungen, die besonders förderungswürdig sind oder bei

denen medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung eine Vergütung außerhalb der Mengensteuerung erforderlich ist. Derzeit handelt es sich dabei unter anderem um Früherkennungsuntersuchungen, das ambulante Operieren und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie.

Ebenfalls gemeinsam und einheitlich vereinbaren die Partner auf Landesebene beispielsweise jährlich eine **Arzneimittelvereinbarung**, die ein Ausgabenvolumen für die insgesamt verordneten Arzneimittel sowie Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele vorsieht. Ferner eine **Vereinbarung zur Abrechnungsprüfung**, in der Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen geregelt sind. Bundesweite Rahmenvorgaben von KBV und GKV-SV sind dabei die Basis für die Verhandlungen auf Landesebene.

Kommt ein Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung nicht zustande, so setzt das zuständige **Schiedsamt** den Vertragsinhalt fest. KVB und Krankenkassen bilden ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung. Hinzu kommt ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder. Für Bayern waren in den letzten Jahren keine Schiedsamtsentscheidungen erforderlich, da sich die Partner auf Landesebene bereits im Vorfeld in gemeinsamen Verhandlungen auf entsprechende Vereinbarungen verständigen konnten. Unabhängig davon hat der Bundesgesetzgeber mit Inkrafttreten des Termin- und Servicestellengesetzes (TSVG) im Jahr 2019 beim Thema Schiedsamt „nachjustiert“ und den jeweiligen Aufsichtsbehörden bei Fristversäumnissen der Selbstverwaltung beziehungsweise des Schieds-

amts größere Entscheidungskompetenzen eingeräumt.

## Fazit

Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe wirken Ärzte und Psychotherapeuten mit den Krankenkassen bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zusammen. Das zugrunde liegende Kollektivvertragssystem ist geprägt durch das Zusammenspiel zwischen der Steuerung über das SGB V mit staatlichen Aufsichtsbefugnissen sowie der Selbstregulierung durch die Organisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die staatliche Aufsicht durch das zuständige Landesgesundheitsministerium beziehungsweise das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ist dabei allerdings begrenzt und bezieht sich nur auf die sogenannte Rechtsaufsicht, nicht jedoch auf eine Fachaufsicht. Den Partnern der Selbstverwaltung kommt damit ein beträchtlicher Spielraum bei der Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung und somit eine Mitverantwortung für eine funktionierende Gesundheitsversorgung insgesamt zu. Zahlreiche Verträge, Richtlinien und Beschlüsse zwischen den Selbstverwaltungspartnern belegen dies. In strittigen Fällen greifen interne Konfliktlösungsinstrumente. Dies alles im Spannungsfeld zwischen begrenzten Ressourcen und Verteilungskonflikten einerseits sowie sich häufig verändernden rechtlichen Rahmenbedingungen und zunehmenden staatlichen Eingriffen andererseits.

*Bernhard Löw (KVB)*

# DIE AMBULANTE GESUNDHEITS- VERSORGUNG MITGESTALTEN

Die Selbstverwaltung bietet niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten viele Privilegien und Instrumentarien, die den meisten Neumitgliedern anfangs eher unbekannt sind, wie zum Beispiel das kostenlose Patenprogramm der KVB. Dabei handelt es sich um eine engmaschige Beratung und Betreuung neuer KVB-Mitglieder durch den Bereich „Service & Beratung“.

**Kardiologe  
Marvin Schwarz  
betreibt seit  
1. Juli 2019 eine  
Einzelpraxis in  
Schwandorf, zu-  
vor war er seit  
Anfang 2019 in  
einer Berufs-  
ausübungs-  
gemeinschaft in  
Weiden nieder-  
gelassen.**

**G**erade bei individuellen Zulassungssituationen mit besonderen Herausforderungen kann diese Eins-zu-eins-Betreuung mit individuellen Lösungsansätzen eine große Erleichterung sein. Wir haben zwei relativ neu niedergelassene Praxisinhaber nach ihren unmittelbaren Erfahrungen mit dem Thema Selbstverwaltung befragt. Welche Vorteile bietet die Institution der Selbstverwaltung für ihre Praxen? Von welchen Instrumentarien konnten sie bereits profitieren? Ein Interview mit Dr. med. Marvin Schwarz, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie in Schwandorf und mit Dr. med. Andrea Boreatti, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in Lohr am Main.

**Herr Dr. Schwarz, Frau Dr. Boreatti, welche Form der individuellen Unterstützung haben Sie von der Präsenzberatung der KVB im Zuge Ihrer Niederlassung in Anspruch genommen?**



**Schwarz:** Ich habe mich schon Jahre vor meiner Niederlassung mit dem Thema beschäftigt und mit der KVB einen, für mich überraschend unkomplizierten, Beratungstermin vereinbart. Nach meiner Zulassung hat mir mein KVB-Präsenzberater unter anderem dabei geholfen, die richtigen Prioritäten zu setzen. Die wohl wichtigste und beruhigendste Erkenntnis in den ersten Gesprächen war: Das Rad muss nicht neu erfunden werden.

Es gibt zu allen Themen Informationen basierend auf langjähriger Erfahrung, dazu Leitfäden und profunde Handlungsempfehlungen. Eine enge Beratung und Betreuung habe ich proaktiv insbesondere für die Themenkomplexe Abrechnung und Verordnung erhalten.

**Boreatti:** Bei mir musste ein möglichst nahtloser Übergang von meiner Tätigkeit in der Klinik in die Praxis garantiert werden. Der Zeitplan war also eine erste Herausforderung. Letztlich entstand dabei dann doch eine Lücke von zwei Monaten. Zunächst erfolgte deshalb eine dreimonatige Anstellung beim bisherigen Praxisinhaber mit halbem Sitz. Dieser konnte dann sehr unkompliziert ohne Ausschreibung von mir übernommen werden. Vieles musste in dieser Zeit von mir allerdings gleichzeitig organisiert werden: Beratungstermine bei der Bank zur Klärung des Kreditantrags, Gespräche mit dem künftigen Praxispartner und insbesondere auch mit dem Anwalt zur Ausarbeitung des Gesellschaftervertrags. Das alles war recht herausfordernd. Ich wurde dabei aber von der Praxisberatung hinsichtlich der Herangehensweise und den bürokratischen Abläufen bei der Übernahme eines Praxissitzes sehr gut beraten und unterstützt.

**Haben Sie sich an Anbieter außerhalb unserer Körperschaft gewandt? Wenn ja, an welche?**

**Schwarz:** In dem so wichtigen Bereich der privaten Absicherung und Finanzierung habe ich mir Unterstützung sowohl von meiner Bank als auch von einem privaten Finanzdienstleister geholt. Ein Niederlassungs-Coach meines Finanzdienstleisters stand mir ein Jahr lang zur Seite. Leider bereitet ja gerade das Versicherungsthema oft Unbehagen, obwohl es so wichtig ist.

**Boreatti:** Speziell für die Einigung mit dem abgebenen Praxisinhaber habe ich mich auch außerhalb der KVB beraten lassen. Man erwirbt ja erstmals einen Arztsitz und geht in meinem Fall noch eine Zusammenarbeit mit einem Praxiskollegen ein. Hier gilt es, vieles zu beachten und bisher unbekannte Formalien einzuhalten. Man muss sich letztlich – wie in einem

Ehevertrag – für alle Eventualitäten gut absichern. Auch hinsichtlich der eigenen Finanzgestaltung ändert sich mit der Übernahme einer eigenen Praxis ja einiges, was steuerlich und versicherungstechnisch berücksichtigt und erlernt werden muss. Dazu gehören auch Themen wie Personalführung – insgesamt viele kleine Bausteine, von denen man als Neunieder-gelassener schlichtweg noch keine Ahnung hat.

**Inwieweit hat Ihnen die Beratung im Rahmen des Patenprogramms den Praxisstart erleichtert? Welchen Support durch die KVB wollen Sie weiterhin nutzen?**

**Schwarz:** Mir hat die Unterstützung sehr viel gebracht. Auch nach dem offiziellen Ende des Patenprogramm nutze ich regelmäßig, meist mehrfach im Quartal, die Möglichkeiten der Beratung zu Abrechnung und Verordnungen, da hier regelmäßig wichtige Neuerungen zu beachten sind.

**Boreatti:** Das Patenprogramm der KV war ausgesprochen hilfreich. Von Anfang an wurden mir in Grundzügen die „Spielregeln“ der Abrechnung erklärt und nähergebracht. Auch auf individuelle Besonderheiten und Optimierungsmöglichkeiten meiner Praxissituation wurde eingegangen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KV waren sehr geduldig und haben mir meine Abrechnungsunterlagen gerne auch mehrmals erklärt. Auf jeden Fall lohnt es sich, auch nach Abschluss des Patenprogramms regelmäßig mit der KV in Kontakt zu bleiben.

**Was schätzen Sie am Prinzip der Selbstverwaltung am meisten? Und wie müsste es Ihrer Ansicht nach an die Bedürfnisse einer neuen Ärztegengeneration angepasst werden?**

**Schwarz:** Tatsächlich sind die Selbstverwaltungs-institutionen der Kassenärztlichen Vereinigung, des Gemeinsamen Bundesausschusses und der gesetzlichen Krankenkassen erst in den letzten drei Jahren in meinen Interessensfokus gerückt. Die ärztliche Selbstverwaltung ist komplex und im Vergleich zu vielen anderen Staaten hierzulande einzigartig. Ich schätze daran die Fachkompetenz bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung und die Mitwirkungsmöglichkeiten. Darin liegen große Chancen und auch eine große Verantwortung, in die man als kommende Ärztegengeneration erst hineinwachsen muss. Mit Sorge beobachte ich die zunehmende Kommerzialisierung der ambulanten Versorgung durch gewinnorientierte und nicht-ärztlich geführte Medizinische Versorgungszentren.



Diese Entwicklung könnte nachhaltig die Mitwirkungsmöglichkeiten der – dann eher angestellten – nachkommenden Ärztegengeneration sowie die Fachkompetenz in der Selbstverwaltung gefährden. Die Bedürfnisse der neuen Ärztegengeneration, auch künftig von den Mitwirkungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung profitieren zu können, müssen deshalb unbedingt bewahrt werden.

**Boreatti:** Selbstverwaltung bedeutet natürlich, viele Dinge nicht nur selbst regeln zu müssen, sondern auch zu können. Man ist nun ganz eng mit seiner Arbeit verwachsen und es ist sehr befriedigend, dass die Aufgaben so vielseitig sind. Dies stellt allerdings nicht nur am Anfang einer Praxis, sondern auch im laufenden Betrieb eine große Herausforderung dar, vor allem zeitlich. So fehlte mir beim Start in die Selbstständigkeit häufig die ganz pragmatische Unterstützung. Ich würde daher vorschlagen, Ärzten der kommenden Generation mehr Algorithmen anzubieten, die beim Neustart automatisch gleich mitvermittelt werden. Ganz so wie das Thema Abrechnungsmodalitäten im Rahmen des Patenprogramms der KVB.



**Andrea Boreatti ist seit 1. Oktober 2016 in Lohra. Main niedergelassen. Im Zusammenhang mit der Aufnahme eines Kollegen in ihre Praxis 2020 hat sie sich sowohl persönlich als auch online von der KVB beraten lassen.**

**Inwieweit könnten Sie sich vorstellen, sich selbst in der Selbstverwaltung zu engagieren? Was wären hierfür für Sie die wichtigsten Bedingungen?**

**Schwarz:** Ich empfinde es als wichtig, in die Herausforderungen der Selbstverwaltung hineinzuwachsen und möchte mich hier auch engagieren. Bedingungen dafür gibt es im Moment für mich keine.

**Herr Dr. Schwarz, Frau Dr. Boreatti, vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview Redaktion*

# KVB-MITGLIEDER WÄHLEN DIE VERTRETERVERSAMMLUNG

Die Wahlfrist ist bereits festgelegt: Von 27. Oktober bis 9. November 2022 bestimmen die Mitglieder der KVB ihre neue Vertreterversammlung. Damit alles transparent und in geordneten Verfahren abläuft, braucht es – neben dem Landeswahlausschuss – natürlich auch einen Landeswahlleiter. KVB FORUM hat sich mit Peter Kalb über seine verantwortungsvolle Aufgabe unterhalten.



**Peter Kalb kann als Landeswahlleiter auch auf seine jahrzehntelange Erfahrung als Rechtsreferent bei der BLÄK zurückgreifen.**

Herr Kalb, der KVB-Vorstand hat Sie anlässlich der anstehenden Wahlen 2022 zur Vertreterversammlung als Landeswahlleiter bestellt. Wie kommt man zu so einem verantwortungsvollen Amt?

Die Frage würde ich am liebsten an den Vorstand weitergeben, da ich über seine Motive nur spekulieren kann. Dennoch will ich eine Antwort versuchen: Ich war von 1991 bis zu meiner Pensionierung 2020 als Rechtsreferent in der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) tätig. Von daher kennt mich auch der Vorstand der KVB und wusste, dass ich in der Zeit von 1998 bis 2017 fünf Delegiertenwahlen zur BLÄK in der Funktion des Landes-

wahlleiters betreut habe, im Jahr 2007 auch die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Ich kann mir vorstellen, dass diese Kenntnis ausschlaggebend war. Da ich jetzt ja auch über die entsprechenden zeitlichen Kapazitäten verfüge, habe ich die Aufgabe sehr gerne angenommen – auch weil es für mich eine neue und besondere Herausforderung bedeutet.

**Zu einer Ihrer ersten Amtshandlungen gehört die Festsetzung der Wahlfrist. Können Sie hierzu schon etwas Genaueres sagen?**

Nach Paragraph 7 Absatz 1 der Wahlordnung der KVB bestimmt der Landeswahlleiter im Einvernehmen mit der Vertreterversammlung und dem Vorstand der KVB die Wahlfrist. Es war eine meiner ersten Tätigkeiten, so früh wie möglich das Einvernehmen mit dem Vorstand und der Vertreterversammlung herzustellen. Dazu sind auch viele Faktoren zu berücksichtigen, zum Beispiel einen Zeitraum zu wählen, der es zulässt, den neu hinzukommenden Mitgliedern das aktive Wahlrecht zu ermöglichen und – umgekehrt – es ausscheidenden Mitgliedern eben nicht mehr zu ermöglichen, sich an der Wahl zu

beteiligen. Vor diesem Hintergrund habe ich mit viel Unterstützung durch die betroffenen Fachbereiche der KVB einen Zeitraum ausgewählt, der diese Faktoren erfüllt.

Die Wahlfrist habe ich demnach bestimmt auf den 27. Oktober bis 9. November 2022. Das erforderliche Einvernehmen wurde vom Vorstand am 19. Oktober 2021 und von der Vertreterversammlung am 20. November 2021 erteilt.

**Was gehört sonst noch zu Ihrem Aufgabenspektrum?**

Ich bin für die Durchführung der Wahl nicht allein verantwortlich. Die vordringliche Aufgabe des Landeswahlleiters ist es deshalb, einen Landeswahlausschuss (siehe Infokasten) zu berufen. Dafür haben die Beratenden Fachausschüsse jeweils für ihre Gruppe Vorschläge unterbreitet, denen ich gefolgt bin. Zu meinen Aufgaben gehören – neben der bereits beschriebenen Festlegung der Wahlfrist und der Berufung der Mitglieder des Landeswahlausschusses – auch die Bestimmung des wahlnahen Stichtags, die Veröffentlichung der Wahlbekanntmachung, die Versendung der Stimmzettel, die Verständigung der Gewählten sowie die Bekanntgabe des Wahlergebnisses.

## Sie sind also der „Hüter der Wahlordnung“. Wo lässt diese im Einzelfall auch Spielraum für rechtliche Interpretationen zu?

Der für die Vorbereitung der Wahlordnung zuständige Satzungsausschuss der KVB hat meines Erachtens ganze Arbeit geleistet, indem er der Vertreterversammlung im November 2020 die aktuell gültige Wahlordnung in einer Neufassung zur Beschlussfassung vorgelegt und im November 2021 weitere Klarstellungen in die Wahlordnung aufgenommen hat, denen die Vertreterversammlung ebenfalls zustimmte. Denn es gibt zumindest nach heutiger Sichtweise keine Bestimmung der Wahlordnung, die über den Wortlaut hinaus Interpretationen erforderlich macht. Die klar strukturierte und vor allem klar formulierte Wahlordnung lässt sich also nach dem Wortlaut anwenden. Dennoch kann es immer wieder zu unterschiedlichen Sichtweisen kommen, so zum Beispiel im Hinblick auf das aktive und passive Wahlrecht oder bezüglich Mängelbeseitigung eingereicherter Wahlvorschläge, um nur zwei elementare Bereiche zu nennen.

Es wird das Bestreben des Landeswahlausschusses sein, dem Willen von Kandidatinnen und Kandidaten und dem der Wählerinnen und Wählern Rechnung zu tragen, soweit dies mit den Vorschriften der Wahlordnung in Einklang steht.

## Mit wem werden Sie in den kommenden Monaten in der KVB hauptsächlich zusammenarbeiten? Wie sieht die Arbeitsteilung aus?

Der Vorstand hat dem Landeswahlleiter dankenswerterweise ein Wahlbüro mit hervorragenden Mitarbeiterinnen zur Seite gestellt. Damit ist gewährleistet, dass auch

sämtliche logistischen Herausforderungen bewältigt werden können. Auch die Rechtsabteilung der KVB hat neben dem Justitiar eine Vertreterin und einen Vertreter benannt, die zu Rate gezogen werden können. Meine bisherige Erfahrung zeigt, dass ich überall auf – wenn ich so sagen darf – offene Ohren stoße, und ich merke, dass alle Beteiligten Wert auf das Gelingen dieser Wahl legen und bereitwillig Unterstützung gewähren.

Die Haupttätigkeit liegt aber beim Landeswahlausschuss und dem Wahlbüro. Der Landeswahlausschuss hat – wozu die Unterstützung der Landesgeschäftsstelle notwendig ist – die Zahl der Vertreter der Ärzte und der Psychotherapeuten festzustellen, Änderungen der Wählerlisten vorzunehmen, Wahlvorschläge zu prüfen und schließlich das Wahlergebnis zu ermitteln.

## Wo werden sich die KVB-Mitglieder über das Wahlergebnis informieren können?

Bekanntmachungen der KVB an ihre Mitglieder erfolgen unter anderem im Mitgliedermagazin oder durch Rundschreiben, an die Allgemeinheit im Bayerischen Staatsanzeiger. In sachlich begründeten Ausnahmefällen kann auch eine Veröffentlichung im Internet erfolgen. Ich werde deshalb bemüht sein, auch die Veröffentlichung auf der Website der KVB bewerkstelligen zu können.

## Gibt es – über die offiziellen Anforderungen hinaus – persönliche Ziele, die Sie in das Amt des Landeswahlleiters setzen?

Ich möchte sicherstellen, dass alle Vorgänge im Zusammenhang mit der Wahl transparent sind, insbesondere möchte ich für Interes-

sierte die Abläufe veranschaulichen, sodass keinesfalls der Eindruck entstehen kann, hier würden Abläufe unterdrückt oder entgegen der Wahlordnung erfolgen.

Ich will für alle Wählerinnen und Wähler da sein und ihre Fragen beantworten. Dies gilt ebenso für Kandidatinnen und Kandidaten, wenn sie zum Wahlablauf Fragen haben. Besonders wichtig ist mir, dass die aktiven und passiven Wahlberechtigten der KVB sicher sein können, dass die Wahl in einem geordneten Verfahren durchgeführt wird und berechnete und damit mit der Wahlordnung im Einklang stehende Belange von Kandidatinnen und Kandidaten sowie von Wählerinnen und Wählern berücksichtigt werden.

## Herr Kalb, vielen Dank für das Gespräch!

*Interview Markus Kreikle (KVB)*

## Zusammensetzung des Landeswahlausschusses

### Vorsitzender

Peter Kalb, Landeswahlleiter

### Fachärzte:

Dr. med. Andreas Hellmann und  
Dr. med. Ulrich Schwiensch  
Stellvertreter: Dr. med. Bernhard Weigl

### Hausärzte

Angelika Haslbeck und  
Dr. med. Hans-Joachim Willerding  
Stellvertreterin: Dr. med. Katharina Teubner

### Psychotherapeuten

Dipl.-Psych. Lothar Niepöth  
Stellvertreter: Dipl. Päd. Wilhelm Strobl

# INKLUSION: GYNÄKOLOGISCHE VERSORGUNG ERWEITERT

Eine erfolgreiche Kooperation zwischen dem Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München und der KV Bayerns ermöglicht seit 1. Oktober 2021 eine gynäkologische Spezialsprechstunde, um den spezifischen Bedürfnissen von Frauen und Mädchen mit Mobilitätseinschränkungen gerecht zu werden. Einen Erfahrungsbericht für KVB FORUM liefert die Gynäkologin und Regionale Vorstandsbeauftragte der KVB, Dr. med. Marianne Röbl-Mathieu, im Interview.

**D**er Aktionsplan der Landeshauptstadt München zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2013 beschreibt die Ziele und Maßnahmen zur Inklusion von Menschen mit Behinderung. Ein konkretes Vorhaben war die Verbesserung

der ambulanten gynäkologischen Versorgung von Frauen und Mädchen mit Mobilitätseinschränkungen. Nach langjähriger intensiver Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsreferat (GSR) und der KVB an diesem Vorhaben startete im Oktober 2021 ein spezielles

Sprechstundenangebot als Modellprojekt mit 30 Monaten Laufzeit.

Die Rahmenbedingungen, die rechtlichen Möglichkeiten sowie die operative Ausgestaltung stellten beide Partner vor erhebliche Herausforderungen. Von IT-Ausstat-

## „DIE BISHERIGEN RÜCKMELDUNGEN SIND DURCHWEG

Interview mit Dr. med. Marianne Röbl-Mathieu, die dem Projekt seit Beginn eng



**Frau Dr. Röbl-Mathieu, München gilt für die Fachgruppe der Frauenärzte laut aktueller Bedarfsplanung als überversorgt. Warum ist das spezielle Sprechstundenangebot dennoch notwendig?**

Mobilitätseingeschränkte Frauen haben besondere Bedürfnisse im Hinblick auf den barrierefreien Zugang, die spezielle räumliche und apparative Ausstattung der Untersuchungseinheit und der Toilette sowie die sach- und fachgerechte Assistenz bei der gynäkologischen Untersuchung, die in der Regel auch mit einem erhöhten Zeitbedarf ver-

bunden ist. Mit dem Projekt soll den betroffenen Frauen der Zugang zur Versorgung erleichtert werden, da eine Nichtinanspruchnahme oder das Aufschieben der ärztlichen Leistungen negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann. Menschen mit Behinderung haben jedoch das Recht auf eine Gesundheitsversorgung in der gleichen Bandbreite und Qualität wie alle Menschen.

**Welche Frauen können diese Sprechstunde nutzen und welche Leistungen werden angeboten?**

Die Sprechstunden finden in der Regel am Mittwochnachmittag statt. Für jede Patientin wird eine

Stunde eingeplant. Das Angebot kann von Frauen in Anspruch genommen werden, die mobilitätseingeschränkt sind, sodass ein Besuch in einer niedergelassenen Frauenarztpraxis für sie nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen möglich ist. Hierzu ist eine Terminvereinbarung unter der eigens dafür eingerichteten Servicenummer erforderlich (*siehe Infokasten*). Angeboten werden alle Leistungen einer gynäkologischen Praxis von der Krebsvorsorgeuntersuchung über die Beratung zu Empfängnisverhütung und Kinderwunsch bis zur Schwangerenvorsorge sowie die Abklärung von Unterbauchbeschwerden, Zyklusproblemen und hormonellen Störungen.

tung über Abrechnungsbedingungen bis zu Datenschutzregelungen gab es einige Hürden. Nun die Lösung: Niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen aus München bieten abwechselnd einmal in der Woche eine Spezialsprechstunde für Frauen und Mädchen mit Mobilitätseinschränkungen an und engagieren sich so im Rahmen einer Filialgenehmigung zusätzlich zur Arbeit in ihrer eigenen Praxis.

Die barrierefreien Praxisräume stellt das GSR bereit, wobei die komplette Ausstattung und Einrichtung auf die Bedürfnisse der Patientinnen ausgerichtet sind. Damit die Frauenärztinnen und Frauenärzte ihren Fokus auf die medizinische Versorgung legen können, werden sie von einer Medizinischen Fachangestellten für die Praxisorganisation und einem Pflegedienstleister unterstützt.

Sämtliche Kosten für die Telematikinfrastruktur (TI), die Einrichtung und laufende Posten werden vom GSR übernommen. Die KVB konnte einige engagierte Mitglieder für das Projekt gewinnen und unterstützt sie bei den Formalitäten. Außerdem führt sie die Terminorganisation für die Patientinnen und die Dienstplanung für die Gynäkologinnen und Gynäkologen durch. Neben den Abrechnungsmöglichkeiten nach EBM konnte die KVB mit den Krankenkassen eine zusätzliche Vergütung für diese Sprechstunde vereinbaren.

*Eva Essenfelder,  
Sabrina Meister (beide KVB)*



#### Terminvermittlung

Montag und Freitag	8.00 bis 12.00 Uhr
Donnerstag	12.00 bis 18.00 Uhr

Telefon 09 21 / 8 80 99 – 5 50 29

#### Kontakt für interessierte Gynäkologinnen und Gynäkologen

E-Mail [svs@kvb.de](mailto:svs@kvb.de)

## POSITIV“

verbunden ist.

### Von der Idee bis zur ersten Sprechstunde ist viel Zeit vergangen. Was waren die größten Herausforderungen?

Die konkrete Umsetzung des Vorhabens hat sich als äußerst komplex erwiesen. In enger Zusammenarbeit mit zahlreichen Akteuren – der Landeshauptstadt München, der KVB, des Behindertenbeirats, der Netzwerkfrauen Bayern, des Koordinierungsbüros zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Sozialreferat, dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband, dem Berufsverband der Frauenärzte und vielen weiteren Beteiligten – mussten zahlreiche Details bedacht werden.

Die Bedürfnisse der betroffenen Frauen wurden im intensiven Austausch mit den Vertreterinnen der Behindertenverbände als Expertinnen in eigener Sache ermittelt.

Zudem mussten geeignete Räumlichkeiten gefunden und mit der sowohl für die gynäkologische Behandlung als auch für die sachgerechte und zeitgemäße Dokumentation erforderlichen Ausstattung versehen werden. Eine der schwierigsten Fragen war die Klärung der rechtssicheren Zusammenarbeit aller Projektbeteiligten. Am Ende konnte ein belastbares Konzept präsentiert werden und die anschließende Suche nach teilnehmenden niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzten erwies sich als unproblematisch.

**Wie nehmen die Frauen das Angebot seit letztem Herbst an?**

Die Sprechstunde wird sehr gut angenommen, in der Regel sind alle Termine innerhalb der nächsten zwei Wochen ausgebucht. Die bisherigen Rückmeldungen sind durchweg positiv. Zurzeit nehmen acht Frauenärztinnen und -ärzte teil, aktuell sind die Sprechstundentage damit sehr gut besetzt. Weitere interessierte Mitglieder sind herzlich willkommen und können sich gerne an die KVB wenden. Die Rahmenbedingungen für die Teilnehmenden sind so gestaltet, dass sie sowohl bei der Registrierung für die Sprechstunde als auch bei der Durchführung den geringstmöglichen Aufwand haben und sich voll und ganz auf die Behandlung konzentrieren können.

**Frau Dr. Röbl-Mathieu, vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview Eva Essenfelder (KVB)*

# PRAXISNETZE GRÜNDEN MVZ

In der letzten Ausgabe von KVB FORUM hatten wir Ihnen bereits das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) des Praxisnetzes MainArzt GmbH vorgestellt. Im vorliegenden Beitrag geht es nun um das hausärztliche MVZ des Ärztenetzes Rosenheim GmbH & Co. KG (Änro). Das Referat Versorgungsinnovationen hat Geschäftsführer Dr. med. Gregor Droscha nach den Hintergründen und Herausforderungen der MVZ-Gründung befragt.



„Aufgrund der Entwicklung im Gesundheitswesen, insbesondere im ambulanten Sektor und des allgemein bekannten Alterungsprozesses in der Ärzteschaft, ist die Sicherstellung der Grundversorgung in der Bevölkerung ein wichtiges Anliegen unseres Änro-Ärztetzes. Um diese weiterhin in ärztlicher beziehungsweise niedergelassener Hand zu behalten, haben wir uns getraut, das erste hausärztliche MVZ in Bayern zu gründen. Am 1. April 2021 wurde es in Betrieb genommen, Träger ist die Änro MVZ GmbH. Die Planungsphase so-

wie die Suche nach einem adäquaten KV-Sitz betragen insgesamt zirka ein Jahr. Das MVZ ist aus einer bereits bestehenden Hausarztpraxis heraus entstanden. Hier arbeiten nun vier angestellte Ärztinnen und Ärzte in unterschiedlicher Teilzeitanstellung. Es ist uns damit gelungen, die vorbestehende Praxis weiterzuführen, einen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung zu leisten und den Ärztinnen und Ärzten eine Alternative zur arbeitsintensiven klinischen Tätigkeit oder als Kämpfer in der Einzelpraxis zu bieten! Im Netz stehen sich die Fach- und Allgemeinärzte kollegial zur Seite und jeder kann von den Vorteilen der Gemeinschaftsprojekte – besonders in der medizinischen Versorgung – profitieren.“

*Dr. med. Gregor Droscha zur Gründung des ersten hausärztlichen Netz-MVZ in Rosenheim*

## Über das Ärztenetz Rosenheim GmbH & Co. KG

Das Ärztenetz Rosenheim wurde 2019 auf der Basisstufe und im Dezember 2021 auf der Stufe 1 anerkannt. Es ist ein fachübergreifender Zusammenschluss von 42 Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die in 24 Netzpraxen organisiert sind. Vorrangiges Ziel von Änro ist es, die Qualität der Gesundheitsversorgung für die Bürgerinnen und Bürger des Netzgebiets (Stadt und Landkreis Rosenheim) stetig zu verbessern. Ärztliche und soziale Kompetenz, Humanität und nicht zuletzt auch wirtschaftlich sinnvolles Handeln sind die Grundprinzipien unseres Ärztenetzes.

In den letzten zehn Jahren hat sich Änro kontinuierlich weiterentwickelt. Dank wirtschaftlicher Erfolge konnten so wichtige Projekte, wie die Gründung des hausärztlichen Netz-MVZ, in Angriff genommen werden.



*Dr. med. Gregor Droscha, Geschäftsführer Änro*

# G-BA BESCHLIESST NEUE ASV-INDIKATIONEN

Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven sowie solche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen können künftig von einem interdisziplinären Team im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden. Hierfür wurde mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in seiner Sitzung am 16. Dezember 2021 der Grundstein gelegt.

**D**ie neuesten Anlagen zur ASV-Richtlinie „Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“ sowie „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)“ durchlaufen aktuell das Beanstandungsverfahren durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Im Falle einer Nichtbeanstandung durch das BMG treten die neuen Anlagen in Kraft. Anschließend können interessierte Ärztinnen und Ärzte ein interdisziplinäres Behandlungsteam gründen und dieses beim erweiterten Landesausschuss Bayern (eLA Bayern) anzeigen.

## Behandelbare Patientengruppen

Die Anlage 1.1a „**Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven**“ umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, bei denen entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie eine Strahlentherapie und/oder systemische medikamentöse Tumortherapie indiziert ist, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

Die Anlage 1.1c umfasst die Diagnostik und Behandlung von

## Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.

Eine Zuordnung der Erkrankungen anhand der ICD-10-Codes ist in den entsprechenden Anlagen 1.1a unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/5207/> und 1.1c unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/5208/> zur ASV-Richtlinie zu finden.

## Benötigte Fachgruppen

### Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven:

Die Teamleitung dürfen Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder alternativ Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, Fachärzte für Neurologie sowie Neurochirurgie oder Fachärzte für Strahlentherapie übernehmen. Ärzte dieser Fachrichtungen bilden auch das Kernteam. Bei endokrinen Tumoren sind zusätzlich Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie im Kernteam erforderlich. Darüber hinaus wird das Team noch um weitere Ärzte verschiedener Fachgruppen ergänzt, die im Bedarfsfall hinzuzuziehen sind.

### Chronisch entzündliche Darmerkrankungen:

Die Teamleitung dürfen Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie übernehmen. Zusätzlich zu dieser Fachgruppe bedarf es im Kernteam eines Facharztes für Viszeralchirurgie. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann die Teamleitung alternativ auch von einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie übernommen werden. Falls kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der genannten Zusatzweiterbildung als Teamleitung oder Kernteammitglied verfügbar ist, ist ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin im Kernteam zu benennen.

Zusätzlich kann ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie benannt werden. Darüber hinaus wird das Team noch um weitere Ärzte verschiedener Fachgruppen ergänzt, die im Bedarfsfall hinzuzuziehen sind.

Details zu **Behandlungsumfang und Mindestmengen** lesen Sie in dieser Ausgabe der KVB INFOS in der Rubrik „Abrechnung“ auf Seite 24.

*Alice Reisacher (KVB)*

# THROMBOSE-RISIKEN VON HORMONALEN KONTRAZEPTIVA

2014/2018/2021: Nach einem initialen europäischen Risikobewertungsverfahren haben in jedem dieser Jahre sowohl das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKDÄ; Rote-Hand-Briefe) über das Risiko für thromboembolische Ereignisse unter der Einnahme von kombinierten hormonalen Kontrazeptiva (KHK) informiert. Gerade in der vorherrschenden Pandemie sind beim Thema Impfen Thrombose-Risiken in Fach- und Laienpresse erneut in den Fokus gerückt.

**A**uch wenn die sehr selten auftretenden Sinusvenenthrombosen bei einer Impfung gegen Corona keineswegs vergleichbar mit einer Lungenembolie oder tiefen Venenthrombose (TVT) sind, nehmen wir die Publikation des BfArMs in seinem Bulletin zur Arzneimitteltherapiesicherheit vom Juni 2021 zum Anlass, dieses Thema noch einmal zu beleuchten.

Obwohl die gesundheitlichen Risiken der neueren Generationen der KHK grundsätzlich höher sind, ist deren Marktanteil immer noch auf relativ hohem Niveau. Sie versprechen „schöne Haut, volle Haare und eine schlanke Figur“. Jedoch handelt es sich hierbei um Arzneimittel, die ernsthafte Nebenwirkungen haben können und daher grundsätzlich nicht als Lifestyle-Präparate oder aus kosmetischen Gründen verordnet werden sollten. Thromboembolien wie TVT, Herzinfarkt und Schlaganfall stellen ein – wenn auch sehr seltenes – ernsthaftes Risiko der KHK dar. Es wird insbesondere bei Präparaten mit niedrigem Estrogenanteil wesentlich durch den Gestagenanteil bestimmt. Da das Grundrisiko für VTE bei Frauen unterschiedlich ist, sind zudem die indi-

viduellen Gegenanzeigen und Risikofaktoren unbedingt zu beachten.

Gestagene der ersten und zweiten Generation können unter anderem aufgrund der androgenen Wirkung unerwünschte Wirkungen, wie zum Beispiel Befindlichkeitsstörungen, Müdigkeit, Übelkeit, Akne und Gewichtszunahme zeigen. Diese Effekte sollten durch Weiterentwicklungen der Substanzklasse verringert werden. So weist die dritte Generation keine androgene Aktivität, die vierte Generation sogar anti-androgene Wirkung auf. Es wird vermutet, dass Sexualhormone indirekt auf den Gerinnungsstatus des Blutes wirken. Die Bildung von pro- und antikoagulatorischen Proteinen, wie zum Beispiel Fibrinogen, Faktor VII, Plasminogen, Protein C, Antithrombin, t-PA (tissue-type plasminogen activator) und PAI (Plasminaktivator-Inhibitor) in der Leber, steht unter dem Einfluss von Estrogenen (insbesondere Ethinylestradiol). Im Gesamtkomplex wird insgesamt eine pro-koagulatorische Situation hergestellt. Die androgenen Gestagene der ersten und zweiten Generation können diesen Effekt teilweise reduzieren. Dieser Schutzeffekt fehlt den Gestagenen der

dritten und vierten Generation. Bei Drospirenon kommt aufgrund der anti-mineralocorticoiden Wirkung eine weitere Risikoerhöhung hinzu, da der vermutlich schwach gerinnungshemmende Effekt von Aldosteron reduziert beziehungsweise aufgehoben wird.

KHK sind für Mädchen und junge Frauen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig. Für das zweite Quartal 2021 haben wir die bayerischen Verordnungsdaten der KHK hinsichtlich des Risikos für venöse Thromboembolien (VTE) analysiert und mit dem Bundesdurchschnitt verglichen. Die Einteilung der Risikoklassen erfolgte in Anlehnung an die Bewertung des Ausschusses für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz (PRAC) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) beziehungsweise des BfArMs und in den Rote-Hand-Briefen (siehe Tabelle Seite 29).

Insgesamt wurden im zweiten Quartal 2021 von den Gynäkologen, Hausärzten und hausärztlich tätigen Internisten knapp 12,4 Millionen definierte Tagesdosen (DDD) von

verordnet, knapp 82 Prozent davon entfallen auf die Arztfachgruppe der Gynäkologen. Im frauenärztlichen Bereich beträgt der Anteil an DDDs aus der KHK-Klasse mit hohem Risiko (Risikoklasse 3) 40,4 Prozent und liegt somit knapp unter dem Bundesdurchschnitt von 41,1 Prozent. Der Anteil der Risikoklasse 3 bei den Hausärzten und hausärztlich tätigen Internisten lag mit 44,8 Prozent etwas höher. Wirkstoffe mit niedrigerem Risiko (Risikoklasse 1) machen einen einheitlichen Anteil von knapp 42 Prozent, diejenigen mit unbekanntem Risiko 8,7 Prozent aus (Quelle: Arzneiverordnungsdaten-Portal des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Vereinigungen Stand: Dezember 2021). Das BfArM geht anhand seiner Studie davon aus, dass es durch die Verordnung von kombinierten KHK der Risikoklasse 3 statt Risikoklasse 1 pro Jahr zu zwei bis sieben zusätzlichen Fällen einer VTE pro 10.000 Mädchen und jungen Frauen kommt.

**Empfehlungen für die Praxis**

Insbesondere für Erstanwenderinnen und Frauen unter 30 Jahren sollte ein KHK mit dem geringsten Risiko für VTE (Levonorgestrelhaltige KHK)

bevorzugt werden. Vor der Anwendung eines KHK sollten die Angaben der Fachinformation zu Kontraindikationen und Wechselwirkungen sowie mögliche Risikofaktoren der Patientin beachtet werden. Bevor ein hormonales Verhütungsmittel verschrieben wird, sind die Frauen ausführlich über das Risiko von VTE zu informieren und notwendigerweise darüber aufzuklären, wie sie selbst Anzeichen einer Thrombose erkennen können. Zudem sollten besondere persönliche Risikofaktoren einer VTE wie Rauchen, Übergewicht, Alter ≥ 35 Jahre, Komorbiditäten oder familiäre Prädisposition besprochen und die Anwendung individuell abgewogen werden.

Das Risiko für das Auftreten einer VTE ist insbesondere während des ersten Jahres der Anwendung (und hier besonders in den ersten drei Monaten) sowie bei Wiederaufnahme nach mehr als vier Wochen Pause erhöht. Erste Anzeichen einer TVT, die aber häufig auch vollständig fehlen können (in zirka 50 Prozent der Fälle), sind Spannungsschmerz in den Gliedmaßen, starke Schwellung, Blauverfärbung und Überwärmung der betroffenen Gliedmaßen, Linderung durch Hochlegen der Gliedmaße, Payr-Zeichen

(Druckschmerz an der Fußinnen-seite), Wadenschmerzen bei Beugung des Fußes (Homans-Zeichen) oder auf Druck (Meyer-Zeichen). Wenn zusätzlich Brustschmerzen und Atemnot auftreten, ist eine sofortige notfallmäßige Behandlung erforderlich, da dies ein Hinweis auf eine Lungenembolie sein kann.

Für die Umsetzung dieser Maßnahmen wurden bereits 2014 eine **Checkliste für Ärztinnen und Ärzte** sowie eine **Anwenderinnenkarte** entwickelt. Diese und weiterführende Informationen finden Sie auf der Internetseite des BfArMs unter [https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Themendossiers/Kombinierte-hormonale-Kontrazeptiva/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Themendossiers/Kombinierte-hormonale-Kontrazeptiva/_node.html) sowie auf der Website der AKDÄ (Rote-Hand-Briefe 2014, 2018, 2021) unter <https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/index.html>.

*Dr. biol. hum. Larissa Weichenberger (KVB)*

Einteilung der Risikoklassen von KHK			
Gestagenanteil (in Kombination mit Ethinylestradiol oder Estradiol*)	Relatives Risiko im Vergleich zu Levonorgestrel	Geschätzte Inzidenz (pro 10.000 Frauen und Anwendungsjahr)	Risikoklasse
Nichtschwängere Nichtanwenderinnen	-	2	-
Levonorgestrel *	Referenz	5 bis 7	1
Norgestimat, Norethisteron	1,0	5 bis 7	1
Dienogest **	1,6	8 bis 11	3
Gestoden, Desogestrel, Drospirenon	1,5 bis 2,0	9 bis 12	3
Etonogestrel	1,0 bis 2,0	6 bis 12	2
Chlormadinon, Nomegestrolacetat ***	unklar, noch zu bestätigen	unklar, noch zu bestätigen	unklar, noch zu bestätigen

\* Alle Levonorgestrel-haltigen KHK wurden eingeschlossen, auch wenn erste Studienergebnisse darauf hinweisen, dass das Risiko zum Beispiel im Langzeitzyklus höher ist.  
 \*\* 2018 wurde Dienogest analog ein höheres Risiko zugesprochen.  
 \*\*\* Erste Studiendaten weisen auch für Chlormadinon und Nomegestrol ein erhöhtes Risiko auf.

# ANTIBIOTIKA: ARena plus KLÄRT AUF

Das Innovationsfondsprojekt ARena hat gezeigt, dass sich Antibiotikaverordnungen im ambulanten Bereich durch gezielte Maßnahmen senken lassen. ARena plus führt die erfolgreich erprobte Aufklärungskampagne in sozialen Medien fort und stellt der allgemeinen Öffentlichkeit Alternativen zum Einsatz von Antibiotika vor.

Das Projekt ARena („Antibiotika-Resistenzentwicklung nachhaltig abwenden“) richtete sich mit seinen Maßnahmen an knapp 300 Arztpraxen aus 14 Praxisnetzen und beinhaltete parallel eine Aufklärungskampagne für die breite Öffentlichkeit (siehe Interview). Die Zahl der Antibiotikaverordnungen in den teilnehmenden Praxen ging dabei signifikant zurück. Die Medienagentur „Visuelle Werte GmbH“ entwickelte das für das Gesundheitswesen neuartige Informationsangebot „Antibiotika-Alternativen“, das unter anderem erstmalig in sozialen Medien (Facebook, Instagram, Twitter, Youtube) eine möglichst breite Öffentlichkeit mit seriösen Informationen über die Gefahr von Antibiotikaresistenzen, deren Vermeidung und alternative Behandlungsoptionen aufklärte.

## Sympathische Kommunikation in der Kampagne

Das Kommunikationskonzept einer Kampagne trägt maßgeblich zu ihrem Erfolg bei. ARena hat von Beginn an auf illustrierte Charaktere gesetzt, die sympathisch auf Alternativen zur Antibiotikatherapie und die Gefahren von Resistenzbildungen hinweisen. Mit den comicartigen Figuren kann sich eine breite Zielgruppe identifizieren. Die Illus-

trationen brechen bewusst mit Klischees, um Aufmerksamkeit zu erregen und die Botschaften zu unterstreichen. Anstatt belehrend und restriktiv zu sein, wird die Zielgruppe mit einem „Lieber so“-Ansatz angesprochen: Lieber mal inhalieren statt Antibiotika - Nasennebenhöhlenentzündungen heilen oft auch ohne Antibiotika.

## ARena plus: Die Aufklärungskampagne ist wieder angelaufen

Für die Jahre 2021 und 2022 wird die Aufklärungskampagne erfreulicherweise durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) beziehungsweise das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) gefördert. In der KVB begleitet das Referat Versorgungsinnovationen die Projektumsetzung. Eine Fortführung über 2022 hinaus wäre wünschenswert.

Die Anzahl der Aufrufe auf der Webseite und den Social-Media-Kanälen Twitter, Facebook, Instagram und Youtube zeigt das große Interesse am Thema: Seit der Wiederbelebung des Blogs und der Social-Media-Kanäle stiegen die Besucherzahlen weiter stark an, sodass inzwischen die Zwei-Millionen-Marke bei den Aufrufen überschritten wurde (Stand: Januar 2022). Dazu

kommen kreative Videos, die in Zusammenarbeit mit Influencern entstanden und die insgesamt weit über 750.000-mal gesehen wurden.

*Dr. rer. nat. Simone Janßen  
(Visuelle Werte GmbH),  
Hanna Schürkämper (KVB)*

Werden auch Sie Multiplikator, indem Sie Ihre Social-Media-Aktivitäten mit seriösen Informationen auf [Antibiotika-Alternativen.de](https://www.antibiotika-alternativen.de)



verlinken. Hier geht's zum Blog und den Kanälen auf Facebook, Instagram, Twitter und YouTube.



## „WIR DÜRFEN NICHT NACHLASSEN“

Dr. med. Veit Wambach ist fachlicher Berater der Blogbeiträge auf „Antibiotika-Alternativen“. Lange Zeit brachte er auch in ARena seine Erfahrungen als Hausarzt und Vorstand des anerkannten Praxisnetzes Qualität und Gesundheit eG sowie als Vorstand der Agentur deutscher Arztnetze ein. Ein Rück- und Ausblick.



**Herr Dr. Wambach, worum ging es bei ARena?**

ARena hat untersucht, welche Strategien den rationalen Antibiotikaeinsatz im ambulanten Bereich fördern. Zum Einsatz kam ein Bündel von Interventionskomponenten, das insbesondere auf Information und Wissensvermittlung setzte: Ärztinnen und Ärzte sollten sich kritisch mit ihrem Ordnungsverhalten auseinandersetzen, Patientinnen und Patienten besser informiert und Medizinische Fachangestellte stärker in die Aufklärung der Patienten eingebunden werden.

**Wie lief das ab?**

Wir haben Qualitätszirkel für Ärzte, Hintergrundinformationen und E-Learning zur patientenzentrier-

ten Gesprächsführung angeboten. Zusätzliche Komponenten wie die Einbindung der Praxisteams beziehungsweise datengestützte und sektorenübergreifende Qualitätszirkel und IT-basierte Entscheidungsunterstützung erfolgten in weiteren Schritten. Parallel dazu lief die Öffentlichkeitsarbeit über Social-Media-Kanäle beziehungsweise Influencer, aber auch über mehrsprachige Plakate, Flyer und „Infozettel“ sowie in regionalen Kampagnen auf Praxisnetzebene. Auf Antibiotika-Alternativen.de stehen die Flyer zum Download zur Verfügung.

**Was waren die wichtigsten Ergebnisse von ARena?**

Im Prä-Post-Vergleich und im Vergleich zur Regelversorgung ging die Verordnung von Antibiotika signifi-

kant zurück. Neben der quantitativen Veränderung der Verordnungsmenge zeigten sich auch qualitative Veränderungen bei der Wahl des Antibiotikums.

**Was nehmen Sie persönlich aus der Studie mit?**

ARena hat gezeigt, dass Praxisnetze komplexe Projekte mit einer Vielzahl von Interventionen sehr gut implementieren und bewältigen können, insbesondere wenn sie über ein stringent arbeitendes Netzmanagement verfügen. Entscheidend für uns war sicher auch der aktive Part, den die MFAs im Projekt hatten.

Den Einsatz von Social Media sehe ich ebenfalls als überaus erfolgreich an. Die hohe Zahl an Aufrufen zeigt den Bedarf der Bevölkerung nach seriöser Information zum Thema Antibiotika und Resistenzentwicklung. Hier dürfen wir nicht nachlassen. Die Information breiter Bevölkerungsschichten, gerade auch jüngerer Menschen, sollten wir nicht dem Zufall überlassen. Sie muss unser aller Aufgabe sein. Deshalb freue ich mich auch sehr, dass dieser Teil auf Initiative der KVB weitergeführt wird.

**Herr Dr. Wambach, vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview Hanna Schürkämper  
(KVB)*



# DONAUWÖRTH-NORD UND LAUINGEN BRAUCHEN HAUSÄRZTE

In den Planungsbereichen Donauwörth-Nord und Lauingen gibt es aktuell Zulassungsmöglichkeiten für Hausärztinnen und Hausärzte. Wer also in die Selbstständigkeit starten will, kann dies in zwei wirtschaftsstarke Regionen tun, die sowohl mit mittelalterlich geprägten Städten als auch mit beeindruckenden Landschaften wie dem Nationalen Geopark Ries oder den Ausläufern der Schwäbischen Alb aufwarten.

Um Hausärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung in den Planungsbereichen teilnehmen wollen, finanzielle Hilfe zur Verfügung zu stellen, hat die KVB ein umfassendes Förderprogramm ausgeschrieben: Zum Beispiel gibt es bis zu 90.000 Euro Investitionskostenzuschuss bei einer Niederlassung im Planungsbereich Donauwörth-Nord und bis zu 60.000 Euro im Planungsbereich Lauingen, oder einmalig bis zu 22.500 Euro beziehungsweise 15.000 Euro für die Errichtung einer Zweigpraxis. In Donauwörth-Nord werden zudem durch die Praxisaufbauförderung 85 Prozent des durchschnittlichen Honorars der Fachgruppe zugesichert. Außerdem gibt es in beiden Planungsbereichen für die Anstellung eines weiteren Hausarztes bis zu 4.000 Euro pro Quartal. Alle Fördermaßnahmen finden Sie in der Tabelle. Grundlage für die finanzielle Unterstützung ist die Feststellung des Landesausschusses zur Versorgungssituation im Planungsbereich. Bei einer Aufhebung der Unterversorgung durch den Landesausschuss müssen die Förderungen der KVB beendet werden. Die Förderungen durch das Bayerische Gesundheitsministerium für Niederlassungen im ländlichen Raum gelten hingegen unabhängig von der Versorgungssituation vor Ort.

## Selbstbewusste und erfolgreiche Region

Der Regierungsbezirk Schwaben weist nach einem Ranking der Zeitschrift „Focus“ einige der wirtschaftlich erfolgreichsten Regionen Deutschlands auf, darunter den Landkreis Donau-Ries im nördlichen Teil Schwabens mit Donauwörth als Zentrum. Ebenfalls unter den Top 30: der gleich im Westen angrenzende Landkreis Dillingen an der Donau, in dem die beschauliche Stadt Lauingen liegt.

Weitere Informationen zum Planungsbereich, dem Landkreis und seinen Gemeinden sowie den Fördermöglichkeiten finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Niederlassung/Region sucht Arzt*. Bei Interesse an einer Tätigkeit im Planungsbereich und Fragen zu den einzelnen Fördermaßnahmen unterstützen Sie unsere Beraterinnen und Berater vor Ort.

*Benjamin Laub (KVB)*

### Finanzielle Fördermaßnahmen der Sicherstellungsrichtlinie der KVB für die Fachgruppe der Hausärzte

**Zuschuss zur Niederlassung/Praxisnachbesetzung**  
einmalig bis zu 60.000 Euro

**Zuschuss zur Zweigpraxis**  
einmalig bis zu 15.000 Euro

**Zuschuss zur Anstellung**  
bis zu 4.000 Euro pro Quartal

**Zuschuss zu Investitionskosten im Rahmen der Anstellung**  
einmalig bis zu 15.000 Euro

**Zuschuss zur Beschäftigung von Assistentinnen/Assistenten**  
einmalig bis zu 1.500 Euro

**Zuschuss zur Praxisfortführung (ab dem 63. Lebensjahr)**  
bis zu 4.500 Euro pro Quartal

**Zuschuss zur Beschäftigung von Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten**  
bis zu 2.500 Euro pro Monat für die Dauer der Weiterbildung



Persönliche Beratung zur Praxisführung

Telefon 08 21 / 32 56 – 3 99  
E-Mail [bc-augsburg@kvb.de](mailto:bc-augsburg@kvb.de)

**Stephanie Weidmann**

## „Warum gehst Du eigentlich nicht selbst hierher?“

### Interview mit Dr. med. Jakob Berger, Facharzt für Allgemeinmedizin und Regionaler Vorstandsbeauftragter für Schwaben

Herr Dr. Berger, Sie sind seit Jahrzehnten Hausarzt im schwäbischen Pfarrdorf Herbertshofen. Nun praktizieren Sie in Donauwörth-Nord. Was hat Sie zu diesem Schritt bewogen?

Ich fühle mich als Regionaler Vorstandsbeauftragter der KVB mitverantwortlich, dass wir insbesondere auch die Landbevölkerung gut versorgen. Nachdem in Wemding eine Praxis sehr kurzfristig aufgehört hat, bin ich hingefahren und habe mir alles angeschaut. Da mir die Stadt sehr gut gefallen hat, ist in mir der Gedanke gereift: „Warum gehst Du eigentlich nicht selbst hierher?“ Was ich im Anschluss vor Ort erlebt habe, stimmt mich sehr hoffnungsvoll. Die Leute sind sehr offen und dankbar und freuen sich, dass ich gekommen bin. Unsere Praxis in Herbertshofen wird mein Sohn nun allein weiterführen.

**Wo sehen Sie als Privatperson die Vorzüge des Landkreises Donau-Ries und was macht das bayerische Nordschwaben attraktiv?**

Ich denke, Nordschwaben ist sehr gut aufgestellt. Wirtschaftlich sind die Regionen sehr stark und haben eine gute Infrastruktur. Sie können sich auch leisten, manche Dinge in der Gemeinde anzulegen, die andernorts nicht möglich sind. Die Menschen leben gerne in der Region. Die Städte und Dörfer sind größtenteils sehr aufwendig renoviert, insbesondere die historischen Bauten sind wunderschön. Die Gastronomie ist bekanntermaßen verführerisch und man kann seine Freizeit hier sehr ansprechend

verbringen. Es gibt alle möglichen touristischen Attraktionen, Schwimmbäder, Waldseen und wunderbare einsame Waldwege.

**Was muss sich politisch ändern, damit sich mehr Hausärztinnen und Hausärzte in kleineren Kommunen niederlassen?**

Erst einmal brauchen wir mehr Studienplätze und dann brauchen wir eine deutliche Erhöhung der Landarztquote auf mindestens zehn Prozent. Der gesetzliche Rahmen erlaubt ja zehn Prozent und das sollte man schleunigst ausschöpfen. Denn wenn man sich die Altersstruktur der Hausärzte anschaut, wird es eine lange Talsohle geben. Und wir möchten mittelfristig die Aussicht haben, dass wir alle Patienten auch auf dem Land gut versorgen können. Zudem muss die Politik die Tätigkeit und das Ansehen der hausärztlichen Profession attraktiver machen, vor allem durch eine Förderung der Hausarztzentrierten Versorgung – mit den Hausärzten als zentralen Figuren, um die Patienten durch das immer schwieriger werdende Gesundheitssystem zu führen. Wenn uns diese Rolle auch der Staat verstärkt zuweist, wird der Beruf auch für junge Kolleginnen und Kollegen interessanter.

**Welchen Rat geben Sie jungen Kolleginnen und Kollegen, die sich für eine Niederlassung auf dem Land entscheiden?**

Hausärztinnen oder Hausärzte auf dem Land sollten möglichst breit ausgebildet sein, also auch in Fä-



**Neustart mit 71 Jahren: Jakob Berger ist jetzt Landarzt in Wemding.**

cher wie beispielsweise Dermatologie und Kinderheilkunde zumindest eine kurze Zeit hineinspüren, um eine gewisse Ahnung zu haben. Zudem würde ich jedem empfehlen, sich frühzeitig um eine gute Lehrpraxis zu bemühen. Es gibt viele Weiterbildungsverbände, in denen die Ausbildung in den Krankenhäusern und in den Lehrpraxen miteinander koordiniert sind. Es ergibt sich auch die Chance – sollte die Chemie mit den Lehrpraxisinhabern stimmen – , dass man die Praxis übernehmen kann, gerade wenn man sieht: Hier in der Region werde ich gebraucht, da fühle ich mich wohl. Ich glaube, dass die Landarztztätigkeit allen, die wirklich gerne Hausärzte sind, eine große Befriedigung geben kann.

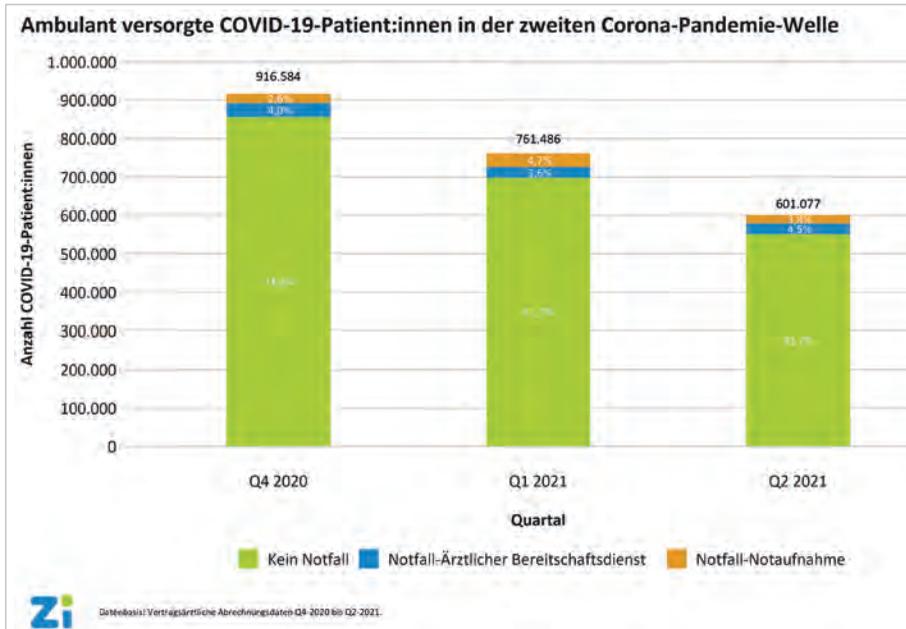
**Herr Dr. Berger, vielen Dank für das Gespräch.**

*Interview Benjamin Laub (KVB)*

## ZI-GRAFIK DES MONATS

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat auf Basis der Abrechnungsdaten des Zeitraums Oktober 2020 bis Juni 2021

COVID-19-Patienten sind auf dem Höhepunkt der zweiten Welle (erstes Quartal 2021) rund 92 Prozent in den Praxen niedergelassener Ärzte behandelt worden. Dieser Anteil stellt sich auch im vierten Quartal 2020 und im zweiten Quartal 2021 ähnlich dar. Nur rund acht Prozent



analysiert, wie viele COVID-19-Patienten während der zweiten Pandemiewelle in der ambulanten Regelversorgung behandelt werden konnten und wie viele davon ambulant als Notfälle versorgt worden sind (siehe Grafik). Der Abgleich mit den quartalsbezogenen Meldedaten des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigt, dass rund zwei Drittel der laborbestätigten COVID-19-Fälle (je nach Quartal zwischen 63 und 71 Prozent) ambulant behandelt worden sind. Stationär im Krankenhaus versorgt wurden in diesem Zeitraum nach RKI-Angaben rund fünf Prozent dieser Fälle. Die Relation von stationär zu ambulant behandelten Corona-Fällen beträgt demnach zirka 1 zu 12. Dies verdeutlicht den Stellenwert der ambulanten medizinischen Versorgung. Von den ambulant behandelten

der Patienten mussten sich in die ambulante Notfallbehandlung begeben. Davon sind im Betrachtungszeitraum jeweils etwa die Hälfte durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser erfolgt. Die angegebenen Werte beziehen sich auf einen Zeitraum, in dem die Delta-Variante des SARS-CoV-2-Virus dominant war. Diese führt tendenziell häufiger zu schweren Verläufen als die nun vorherrschende Omikron-Variante.

Weitere Informationen unter <https://www.zi.de/presse/grafik-des-monats>.

Redaktion

## NIEDERGELASSENE ERNÜCHTERT VON eAU UND CO.

Nur ein kleiner Teil der Niedergelassenen kann die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) bereits digital versenden. Das zeigt eine aktuelle Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), an der von 13. bis 20. Januar mehr als 5.300 Praxen teilgenommen haben. Demnach verfügt zwar schon fast jede zweite Arztpraxis (rund 40 Prozent) über das Softwaremodul für die eAU, doch lediglich jede fünfte kann die Bescheinigungen für die Krankenkasse auch digital übermitteln. Ein ausschließlich elektronischer Versand ist bislang nur 13 Prozent der Praxen möglich.

Als Gründe gaben die Befragten vor allem Probleme mit dem KIM-Dienst und dem Update des Praxisverwaltungssystems an. Die Technik sei unausgereift und unzuverlässig. Für die Installation seien teilweise mehrere IT-Spezialisten erforderlich, Termine oft nur mit langem Vorlauf erhältlich. In der Befragung beklagten viele Ärztinnen und Ärzte zudem den hohen Zeitaufwand für die Installation und das Ausstellen der eAU. Die Übertragung dauere zu lange, Fehlermeldungen kämen oftmals erst, wenn der Patient bereits die Praxis verlassen habe. Zudem müsse den Versicherten weiterhin ein gedrucktes Exemplar ausgestellt werden – was ebenfalls Zeit koste. Insgesamt wurde kritisiert, dass die eAU den Praxen keinen Mehrwert biete, sondern nur mehr Bürokratie. In Summe zeigten sich die Befragten sehr ernüchert von den bisher eingeführten digitalen Anwendungen, obwohl sie der Digitalisierung durchaus offen gegenüberstehen.

Redaktion

## NEUER MASTER-STUDIENGANG IN LANDSHUT

Ab September 2022 bietet die Hochschule Landshut niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit eigener Praxis oder solchen, die eine Praxis- beziehungsweise MVZ-Gründung planen, einen neuen MBA-Studiengang „Unternehmen Arztpraxis“ an. Der Studiengang vermittelt die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten, eine eigene

Arztpraxis zu gründen, zu leiten und sie zu einem wettbewerbsfähigen Unternehmen weiterzuentwickeln. Zugangsvoraussetzungen zu diesem dreisemestrigen Weiterbildungsstudium sind ein abgeschlossenes Medizinstudium nach Paragraph 1 Approbationsordnung für Ärzte (oder gleichwertig) sowie eine mindestens einjährige qualifizierte berufliche Praxis. Der Studienablauf erfolgt berufsbe-

gleitend. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten unter anderem einen tiefen Einblick in rechtliche Themen rund um den Praxisbetrieb. Darüber hinaus lernen sie den Zusammenhang von Investition und Finanzierung vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Unternehmenssituation kennen. Sie erfahren auch, wie sie mit verschiedenen Führungsinstrumenten ihre Praxisteams effizienter anleiten und zwischenmenschliche Konflikte lösen können. Last but not least stehen Marketingmaßnahmen auf dem Studienplan, mit denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Praxen effektiv und trotzdem kostengünstig in ihrem Wettbewerbsumfeld platzieren können. Zum Abschluss entwickeln die Studierenden im Rahmen ihrer Masterarbeit eine wissenschaftliche Fragestellung zur Weiterentwicklung ihrer eigenen Arztpraxen und werden dabei von Expertinnen und Experten der Hochschule Landshut engmaschig begleitet.

Bei Interesse bewerben Sie sich bitte **bis spätestens 15. Juli** bei Kristina Röhrig, Telefon 08 71 / 50 63 48, E-Mail [kristina.roehrig@haw-landshut.de](mailto:kristina.roehrig@haw-landshut.de).

Die Studiengebühren betragen 10.500 Euro (gemäß Gebührenordnung). Sie haben die Möglichkeit, vor einer Anmeldung an diversen Online-Informationsveranstaltungen teilzunehmen. Hierzu wenden Sie sich bitte per E-Mail an [weiterbildung@haw-landshut.de](mailto:weiterbildung@haw-landshut.de).

*Redaktion*

## SELBSTHILFEKOORDINATION BAYERN STARTET PODCAST

„SeKo on air“ – so heißt der neue Podcast zur Selbsthilfe in Bayern, mit dem sich die Selbsthilfekoordination Bayern (SeKo Bayern) seit Mitte Januar bei ihren Zielgruppen Gehör verschafft. Irena Težak (stellvertretende Geschäftsführerin) und Maria Pogoda (Kulturmanagerin) wollen mit dem für die SeKo neuen Medium aktive Menschen aus der Selbsthilfe und aus den selbsthilfeunterstützenden Einrichtungen, aber auch ihre Kooperationspartner und Förderer zu Wort kommen lassen und sowohl die eigene, als auch die Arbeit der Podcast-Teilnehmer vorstellen.



Im ersten Podcast, den die SeKo am 13. Januar veröffentlichte, berichtet Heinrich Bedford-Strohm, Landesbischof der evangelischen Kirche, von der Gründung des bayernweiten „Selbsthilfenetzwerks für Angehörige von an Covid 19-Verstorbenen“. In einem weiteren Interview erzählt Anita Schedel, eine Betroffene, ihre Geschichte, die sie zur Gründung ihrer „Selbsthilfegruppe für Angehörige, die durch Corona einen geliebten Menschen verloren haben“ veranlasst haben.

Neue und ältere Podcast-Folgen sind zu hören unter <https://www.seko-bayern.de/wissenswertes/seko-on-air-der-selbsthilfe-podcast/>. Irena Težak und Maria Pogoda freuen sich über E-Mail-Rückmeldungen und Anregungen für weitere Themen an [irena.tezak@seko-bayern.de](mailto:irena.tezak@seko-bayern.de) oder [maria.pogoda@seko-bayern.de](mailto:maria.pogoda@seko-bayern.de).

*Redaktion*

## HIER IST PLATZ FÜR IHRE MEINUNG



Auf dieser Seite kommen unsere Leserinnen und Leser zu Wort. Wir freuen uns über Ihre Anregungen, Kritik und Verbesserungsvorschläge.

### KLIMAWANDEL UND GESUNDHEITSWESEN

KVB FORUM 1-2/2022



Dank der Aktivitäten von KLUG e. V. sowie Health for Future ist das Bewusstsein für den Zusammenhang von Gesundheits- und Klimaschutz in der öffentlichen Wahrnehmung der Ärzteschaft angekommen. Mit der Vorbereitung, therapeutisch für die Krise gerüstet zu sein (worauf die beiden Interviews im Heft hauptsächlich abzielen) ist es aber nicht getan. Vielmehr heißt es jetzt die „Einstellungs-Verhaltens-Lücke“ zu überwinden und ins Handeln zu kommen, um unsere Erde nicht intensivpflichtig werden zu lassen. Jeder Einzelne kann und muss privat und beruflich dazu beitragen und das Gesundheitswesen muss vorangehen – und das nicht nur, indem wir große Schritte von der Politik fordern. Hier findet sich eine Liste von Vorschlägen, die in jeder Praxis umgesetzt werden können: <https://initiative-nachhaltige-praxis.de/list.php>

Ein spezieller Punkt kommt in der öffentlichen Wahrnehmung jedoch viel zu kurz: die Frage der Internet-

nutzung: Bereits 2017 verursachte die Internetnutzung in Deutschland einen Stromverbrauch – und damit CO<sub>2</sub>-Ausstoß – wie ganz Berlin. Unter <https://www.eon.de/de/pk/strom/strom-sparen/stromverbrauch-internet.html> finden sich auch sinnvolle Vorschläge zur sparsamen Internetnutzung. Hier gilt es für uns klug abzuwägen: Endlich einen sicheren Weg der elektronischen Kommunikation für die täglichen kleinen Dateien wie Arztbriefe zu haben, wäre nicht nur die erste sinnvolle TI-Anwendung, sondern brächte eine enorme Einsparung an Papier. Gänzlich abzulehnen ist jedoch die neue Praxis großer Münchner Radiologiepraxen, Bildbefunde nur noch über ihr Web-Portal zur Verfügung zu stellen. Abgesehen von der katastrophalen Missachtung des Datenschutzes werden hierbei ungeheure Datenmengen über das Netz geschickt – mit einem entsprechend großen CO<sub>2</sub>-Fußabdruck. Im Notfall gerne, aber für den Normalfall ist die alte Praxis, dem Patienten eine DVD mitzugeben, oder – Vorschlag –, die Bilder aufs Patientenhandy zu laden, ausreichend und klimaneutral.

**Dr. med. Christian Sanden**  
Allgemeinmediziner, München

Gratulation zu Ihrer Entscheidung, die Zusammenhänge zwischen Klimawandel und Gesundheitswesen aufzuzeigen. Ich gehe da-

von aus, dass es Ihre Absicht ist, nicht nur Ärztinnen und Ärzte dafür zu sensibilisieren, sondern ihnen auch Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie ihre Praxen klimaneutral gestalten können.

Zu letzterem Zweck verweise ich auf meinen noch nicht veröffentlichten Artikel in der Zeitschrift des HNO-Bundesverbands mit dem Titel: „Der Weg zu einer klimaneutralen Praxis“. Darin beschreibe ich praxisorientierte Handlungen und gebe Tipps, wie Praxisinhaber den CO<sub>2</sub>-Ausstoß erfassen, reduzieren und kompensieren können und dabei oft Vorteile für die Qualität der Behandlung und die Finanzbilanz entstehen. Wissen und Erfahrungen zu diesem Thema habe ich durch meine systematische Beschäftigung mit der ökologischen und sozialen Nachhaltigkeit gesammelt. Meine HNO-Praxis ist die erste in Deutschland mit einer Gemeinwohlbilanz. Als Unterstützer der Bürgerinitiative „Klimaentscheid Landshut“, die den Landshuter Stadtrat dazu bewegte, einen Plan zu erstellen, der die Stadt Landshut bis 2030 klimaneutral machen soll, bin ich im Austausch mit Experten und interessierten Mitbürgern.

**Dr. med. Ioannis Charalampakis**  
HNO-Facharzt, Landshut

## ÄRZTE MÜSSEN VORREITER DER TRANSFORMATION WERDEN

KVB FORUM 1-2/2022, Seite 8



Den Artikel der Kollegin Hartmann vom Bündnis KLUG habe ich mit Interesse und teilweise mit Verwunderung gelesen. Die Kollegin Hartmann macht schon in der dogmatischen Überschrift klar, dass sie keine andere Meinung duldet. Der ganze Artikel ist voll von nicht belegten Behauptungen und Übertreibungen. Dabei gehöre ich nun definitiv nicht zur Gruppe der „Klimaleugner“ oder „Verschwörungstheoretiker“. Aber einen Klimawandel hat es seit Anbeginn unseres Planeten immer gegeben. Die Menschheit ist nun gefragt, damit verantwortungsvoll und zielführend umzugehen und sich anzupassen. Die alleinige Fokussierung auf das Spurengas CO<sub>2</sub> in Verbindung mit einer Deindustrialisierung kann für das vergleichsweise kleine Deutschland nicht die Lösung sein. Zumal große und wichtige Länder wie China ihre CO<sub>2</sub>-Emissionen weiter nahezu exponentiell steigern. Was auch in diesem Artikel nicht erwähnt wird, ist die Bevölkerungsexplosion in weiten Teilen der Erde, vor allem in Afrika. Diese stellt eine mindestens ebenso große Bedrohung für unseren Planeten dar.

**Dr. med. Hans Fellner**  
Frauenarzt, Siegsdorf

### Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

KVB FORUM ist das Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit den offiziellen Rundschreiben und Bekanntmachungen (KVB INFOS). Es erscheint zehnmal im Jahr.

#### Herausgeber (V. i. S. d. P.):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertreten durch den Vorstand:  
Dr. med. Wolfgang Krombholz, Dr. med. Pedro Schmelz,  
Dr. med. Claudia Ritter-Rupp

#### Redaktion:

Martin Eulitz (Ltd. Redakteur)  
Dr. phil. Axel Heise (CvD)  
Text: Markus Kreikle, Marion Munke  
Grafik: Gabriele Hennig, Iris Kleinhenz

#### Anschrift der Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Eisenheimerstraße 39  
80687 München  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 21 92  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 21 95  
E-Mail [KVBFORUM@kvb.de](mailto:KVBFORUM@kvb.de)  
Internet [www.kvb.de](http://www.kvb.de)

#### Satz und Layout:

KVB Stabsstelle Kommunikation

#### Druck:

BluePrint AG, 80939 München  
Gedruckt auf FSC®-zertifiziertem Papier



Mit externen Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber oder der Redaktion wider. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder übernehmen wir keine Haftung. Die hier veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, ein Abdruck ist nur mit unserer schriftlichen Genehmigung möglich.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die Sprachformen (wie beispielsweise „Ärztinnen und Ärzte“) nicht in jedem Einzelfall gleichzeitig verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter gleichermaßen.

KVB FORUM erhalten alle bayerischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie alle Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der KVB. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

#### Bildnachweis:

Ärztetzetz Rosenheim ängo (Seite 26), Adrian Bedoy, Corporate Inspiration GmbH (Seite 24), Photo Studio Büttner, Regensburg (Seite 20), Hochschule Landshut (Seite 35), © Svea Pietschmann/G-BA (Seite 5), Phototek (Seite 9), © Rosa Reibke/G-BA (Seite 12), seko Bayern (Seite 35), [stock.adobe.com/GüterMenzl](http://stock.adobe.com/GüterMenzl) (Titelseite), [stock.adobe.com/GoodIdeas](http://stock.adobe.com/GoodIdeas) (Seite 2), [stock.adobe.com/Coloures-Pic](http://stock.adobe.com/Coloures-Pic) (Seite 2, 21), [stock.adobe.com/jirsak](http://stock.adobe.com/jirsak) (Seite 2), [stock.adobe.com/MelindaNagy](http://stock.adobe.com/MelindaNagy) (Seite 3), [stock.adobe.com/rosifan19](http://stock.adobe.com/rosifan19) (Seite 3), [stock.adobe.com/mpix-foto](http://stock.adobe.com/mpix-foto) (Seite 3), [stock.adobe.com/Pixxs](http://stock.adobe.com/Pixxs) (Seite 4), [stock.adobe.com/Chinnapong](http://stock.adobe.com/Chinnapong) (Seite 7), [stock.adobe.com/AndreasPrott](http://stock.adobe.com/AndreasPrott) (Seite 8), [stock.adobe.com/rcx](http://stock.adobe.com/rcx) (Seite 10), [stock.adobe.com/OlivierLeMoal](http://stock.adobe.com/OlivierLeMoal) (Seite 15), [stock.adobe.com/Elnur](http://stock.adobe.com/Elnur) (Seite 17), [stock.adobe.com/DCStudio](http://stock.adobe.com/DCStudio) (Seite 25), [stock.adobe.com/AndreyPopov](http://stock.adobe.com/AndreyPopov) (Seite 40), [stock.adobe.com/alphaspirit](http://stock.adobe.com/alphaspirit) (Seite 40), [stock.adobe.com/Visions-AD](http://stock.adobe.com/Visions-AD) (Seite 40), [stock.adobe.com/DOC RABEMedia](http://stock.adobe.com/DOC-RABEMedia) (Seite 40), Visuelle Werte GmbH (Seite 30,31), [iStockphoto.com/Kameleon007](http://iStockphoto.com/Kameleon007) (Seite 36), Privat (Seite 31), [webChaperon](http://webChaperon) (Seite 9), Petra Winkelhardt, Würzburg (Seite 21), Grafik ZI (Seite 34), KVB (alle weiteren)



## KVB Servicetelefonie

### Ihre Erste Wahl

Sie wünschen eine Telefonberatung zu einer konkreten Frage aus dem Praxisalltag?  
Wir sind für Sie da!

Sie erreichen die KVB Servicetelefonie

Montag bis Donnerstag 7.30 bis 17.30 Uhr

Freitag 7.30 bis 16.00 Uhr

**Abrechnung** 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

**Seminare** 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

**Verordnung** 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

**Technik** 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40



## Dienstplanänderungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

(Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)

Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben

Unter-, Mittel- und Oberfranken

 0 89 / 57 95 70 – 8 50 10

 09 21 / 8 80 99 – 6 50 10

 0 89 / 57 95 70 – 8 50 11

 09 21 / 8 80 99 – 6 50 11

 Dienstaenderung.vbzm@kvb.de

 Dienstaenderung.vbzn@kvb.de



## Dienstplanung – DPP-online (finden Sie auch in „Meine KVB“)

Montag bis Freitag

9.00 bis 15.00 Uhr

 0 89 / 5 70 93 – 88 90

 0 89 / 5 70 93 – 88 85

 info.dpp@kvb.de



## Notarzt-Abrechnung – emDoc (finden Sie auch in „Meine KVB“)

Montag bis Freitag

9.00 bis 15.00 Uhr

 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88

 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25

 emdoc@kvb.de



## KVB Beratungszentrum Ihr Kontakt vor Ort

Sie möchten ein Thema aus Abrechnung, Verordnung oder Praxisführung in einer persönlichen Einzelberatung vertiefen? Wir vereinbaren gerne einen Termin mit Ihnen!

Sie erreichen die KVB Beratungszentren

Montag bis Donnerstag 8.00 bis 16.00 Uhr  
Freitag 8.00 bis 13.00 Uhr

### Beratungszentrum München

 0 89 / 5 70 93 - 24 99

 bc-muenchen@kvb.de

### Beratungszentrum Bayreuth (Oberfranken)

 09 21 / 2 92 - 4 99

 bc-bayreuth@kvb.de

### Beratungszentrum Würzburg (Unterfranken)

 09 31 / 3 07 - 4 99

 bc-wuerzburg@kvb.de

### Beratungszentrum Straubing (Niederbayern)

 0 94 21 / 80 09 - 4 99

 bc-straubing@kvb.de

### Beratungszentrum Oberbayern

 0 89 / 5 70 93 - 25 99

 bc-oberbayern@kvb.de

### Beratungszentrum Nürnberg (Mittelfranken)

 09 11 / 9 46 67 - 3 99

 bc-nuernberg@kvb.de

### Beratungszentrum Regensburg (Oberpfalz)

 09 41 / 39 63 - 4 99

 bc-regensburg@kvb.de

### Beratungszentrum Augsburg (Schwaben)

 08 21 / 32 56 - 3 99

 bc-augsburg@kvb.de

Ihre persönlichen Berater vor Ort finden Sie unter [www.kvb.de/service/beratung/beratungszentrum/](http://www.kvb.de/service/beratung/beratungszentrum/) oder Sie scannen mit Ihrem Smartphone nebenstehenden QR-Code.



## KVB Selfservice – 24/7 für Sie verfügbar

Sie wollen eine Abwesenheit melden, Dokumente sicher übermitteln, Sprechzeiten ändern oder eine Genehmigung beantragen? Das und mehr bietet Ihnen „Meine KVB“ – einfach online, zeitlich und örtlich flexibel! Den Einstieg finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de).

## VORSCHAU



### TI-ONLINE-PETITION IM AUSSCHUSS

Das Ziel: Zeitaufwendige, ineffiziente TI-Anwendungen vor dem Rollout länger auf ihre Praxistauglichkeit testen



### SELBSTHILFE „HERZINSUFFIZIENZ“

Von den mutmachenden Erfahrungen anderer Herzkranker lernen und von wertvollen Tipps profitieren



### PROJEKT „SUCHTHILFE BAYERN“

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten engagieren sich für Menschen mit Substanzkonsumstörungen



### NEUES VOM INNOVATIONSFONDS

Projekt TARGET sorgt für sektorenübergreifende Versorgung für Menschen mit seltenen Krebserkrankungen