

KVBFORUM 09 | 25 10



KASSE MACHEN FÜR PRIVATE EQUITY?

Investorenbetriebene MVZ auf dem Prüfstand

18 | KVB INTERN: „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“

22 | RECHT INTERESSANT: Sozialgericht entscheidet zu Videodiensteanbietern

26 | IT IN DER PRAXIS: ePA für alle: Das sagen die Praxen

3 EDITORIAL

KURZMELDUNGEN

- 4 Gold für GEDIKOM
- 4 Expertenrat Gesundheitssicherheit installiert
- 4 Zahl des Monats
- 4 Termine Vertreterversammlungen
- 5 75 Jahre KZVB: Für gute Zahnmedizin in Bayern
- 5 KRISENFEST – Präventionsprogramm erhält Förderung

TITELTHEMA

- 6 iMVZ: dramatische Marktveränderungen
Aktuelle Analyse der KVB belegt die Gefahren durch Private-Equity-Gesellschaften
- 11 iMVZ – der politische Sachstand
Droht das geplante Regulierungsgesetz ein zahnloser Tiger zu werden?



- 12 Private Equity in der vertragsärztlichen Versorgung
Gastautor Dr. Christoph Scheuplein fasst seine Studienergebnisse zusammen
- 14 „Kollegen sind regelrecht ausgebrannt“
Zwei Aussteigerärzte berichten über die Zustände in ihren ehemaligen iMVZ

KVB INTERN

- 17 Bayern für Reform der Akut- und Notfallversorgung gut aufgestellt
Die Vertreterversammlung der KVB hatte Ende Juni wichtige Themen auf der Agenda
- 18 „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“
Ausstellungseröffnung in der KVB in München mit beeindruckenden Vorträgen
- 20 E-Learning „Antibiotika optimal verordnen“
Neues Angebot, um eigenes Verordnungsverhalten besser zu reflektieren



RECHT INTERESSANT

- 22 Sozialgericht entscheidet zu Videodiensteanbietern
Angebot der TeleClinic ist in wesentlichen Teilen rechtswidrig

IT IN DER PRAXIS

- 24 Was kann KIM? – Drei Erfahrungsberichte
Nützliche Tipps von Ärztinnen, die mit dem Dienst bereits arbeiten
- 26 ePA für alle:
Das sagen die Praxen
Fünf Anwender berichten, wie es läuft und woran es noch hapert

PSYCHOTHERAPIE

- 30 Förderung Klinische Neuropsychologie
Zuschüsse von bis zu 2.900 Euro im Monat sind möglich

31 KVB KONTAKTDATEN

32 IMPRESSUM





Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

bereits zwei Mal haben wir das Thema „Investoren in der ambulanten Versorgung“ als Titelgeschichte in KVB FORUM in den Fokus gerückt. Die Entwicklung hat inzwischen weiter an Dynamik gewonnen und wir sehen immer deutlicher die negativen Auswirkungen, die wir Ihnen in unserem Einstiegsartikel umfassend aufzeigen. Besonders eindrücklich sind dabei sicher die Interviews mit zwei iMVZ-Aussteigern. Was diese berichten, ist regelrecht erschütternd. Sie konnten sehen, wie gesunde Patienten auf dem OP-Tisch landeten, Prämien für gewünschte Indikationen bezahlt wurden und wie ganze Patientenkreise, insbesondere Chroniker, aufgrund ausschließlich ökonomischer Logiken „aussortiert“ wurden und wie Hausbesuche in einem solchen Umfeld kaum noch stattfinden.

Die Redaktion konnte die Interviews nur deswegen führen, weil wir den Kollegen Anonymität zugesichert haben. Das war notwendig, um Ihnen die Gefahren des zunehmenden Einflusses von Finanzinvestoren aus dem In- und Ausland für die ambulante Versorgung in aller Klarheit und Deutlichkeit aufzuzeigen.

Was folgt daraus? Wir brauchen schleunigst klare Regeln, was den Einfluss von Kapitalinvestoren aus dem Bereich Private-Equity angeht. Die neue Bundesgesundheitsministerin ist hier am Zug, das zu vollenden, was ihr Vorgänger nur angekündigt, aber nicht umgesetzt hat. Und zwar nicht halbherzig über eine Transparenzpflicht, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, sondern nachhaltig und vollumfänglich. Ein fertiger Entschließungsantrag des Bundesrats liegt dazu vor. Er muss nur noch umgesetzt werden. Unsere Unterstützung hat dieser.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Pfeiffer
Vorsitzender des Vorstands

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

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

GOLD FÜR GEDIKOM

Die Gedikom Gesundheitsdienstleistung Kommunikation GmbH, ein hundertprozentiges Tochterunternehmen der KVB, wurde im Juni 2025 mit dem renommierten Ludwig-Erhard-Preis in Gold prämiert. Das Unternehmen mit Sitz in Oberfranken hat den bedeutenden deutschen Qualitätspreis für exzellente Unternehmensführung und nachhaltige Geschäftsmodelle bereits zum wiederholten Mal erhalten.

Die Gedikom gilt als wichtiger und unverzichtbarer Partner in der ambulanten Versorgung Bayerns. Ihr umfassendes Leistungsspektrum umfasst telefonische Vermittlungs- und Beratungsdienste, die effiziente Koordinierung der Terminservicestelle sowie die Einrichtung und den Betrieb von Bereitschaftspraxen



Stolz auf ihr gesamtes Team: Gedikom-Geschäftsführer Christian Hess und Prokuristin Annegret Schnick.

in ganz Bayern, oft direkt an Kliniken. Dies trägt maßgeblich zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei. Seit 2015 verfolgt das Unternehmen konsequent einen systematischen Excellence-Ansatz, der sich am European Excellence Framework (EFE) orientiert. Dabei stehen Qualität, Nachhaltigkeit, Sicherheit und Verantwortung im Mittelpunkt. Ein ISO 9001-zertifiziertes Qualitätsmanagement, der intelligente Einsatz digitaler Tools und eine starke Mitarbeiterorientierung prägen die gesamte Organisation und fördern eine Kultur der kontinuierlichen Verbesserung.

Redaktion

EXPERTENRAT GESUNDHEITSSICHERHEIT INSTALLIERT

Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach hat am 3. Juni 2025 erstmals den neuen Expertenrat Gesundheitssicherheit einberufen. Ziel sei es, das Gesundheitssystem angesichts globaler Risiken wie Pandemien, geopolitischer Konflikte und Cyberattacken krisenfest zu machen. Der interdisziplinäre Rat setzt sich aus Vertretern der stationären, präklinischen und ambulanten Versorgung (zum Beispiel Krankenhäuser, Rettungsdienste, Arztpraxen), der Bundeswehr, Hilfsorganisationen wie Rotes Kreuz oder Johanniter sowie Fachleuten der Arzneimittelversorgung zusammen. Auch Experten der Task Force Infektiologie am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit sind beteiligt. Der Expertenrat soll vierteljährlich tagen und sich über aktuelle Entwicklungen und deren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem austauschen. Auch sollen gesetzliche Anpassungen sowie Unterstützungsmaßnahmen für den Ernstfall angestoßen werden. Gerlach betonte: „Der Expertenrat kann in nationalen Krisenfällen wichtiger Impulsgeber hinsichtlich notwendiger Regelungs- und Unterstützungsbedarfe in den unterschiedlichen Versorgungsebenen sein.“

Redaktion

Zahl des Monats

892

bayerische Vertragsärzte und -psychotherapeuten waren im 1. Quartal 2024 in einem MVZ tätig, das im Besitz einer Private-Equity-Gesellschaft ist.

(Quelle: KVB, eigene Recherchen)

TERMINE VERTRETERVERSAMMLUNGEN

Die nächsten Vertreterversammlungen (VV) der KVB finden 2025 und 2026 an folgenden Terminen in der Elsenheimerstr. 39, 80687 München statt.

- Freitag, 21. November 2025
- Freitag, 13. März 2026
- Mittwoch, 17. Juni 2026
- Freitag, 20. November 2026



Informationen rund um die geplanten Vertreterversammlungen und deren Ablauf finden Sie unter www.kvb.de.

75 JAHRE KZVB: FÜR GUTE ZAHNMEDIZIN IN BAYERN



Der KZVB-Vorstand Dr. Rüdiger Schott, Dr. Marion Teichmann und Dr. Jens Kober (von links) mit Judith Gerlach (Zweite von links).

Zu einem Staatsempfang auf der Kaiserburg in Nürnberg hatte die Staatsregierung Ende Juli anlässlich des 75-jährigen Bestehens der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) geladen. Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach würdigte die Verdienste der KZVB. Diese sei eine zentrale Säule der gesund-

heitspolitischen Selbstverwaltung im Freistaat und garantiere seit Jahrzehnten eine flächendeckende, qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung.

Gerlach betonte die Erfolge in der Prävention: Ein Großteil der Schulkinder in Bayern habe inzwischen „naturgesunde“ Zähne. Sorge bereite hingegen die Kommerzialisierung durch investorengetragene Medizinische Versorgungszentren (iMVZ). Ein Thema, das auch in dieser Ausgabe von KVB FORUM im Fokus steht. Bayern, so Gerlach, setze sich hier für strengere Regelungen ein.

Der KZVB-Vorstandsvorsitzende Dr. Rüdiger Schott ließ die Historie der zahnärztlichen Standesvertretung kurzweilig Revue passieren und mahnte Reformen auf Bundesebene an, um die Versorgung auch künftig sicherzustellen – etwa durch Bürokratieabbau, Entbudgetierung und iMVZ-Regulierung.

Redaktion

KRISENFEST – PRÄVENTIONSPROGRAMM ERHÄLT FÖRDERUNG

Nach dem großen Erfolg des Präventionsprogramms KRISENFEST der KVB hat das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention hierfür erneut eine großzügige Förderung genehmigt. Gesundheitsministerin Judith Gerlach (im Bild rechts) übergab am 9. Juli in München einen Scheck in Höhe von 350.000 Euro an die zweite stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVB, Dr. med. Claudia Ritter-Rupp. Mit der Fördersumme kann KRISENFEST auch in den kommenden zwei Jahren fortgesetzt werden. „Das Präventionsprogramm KRISENFEST setzt dort an, wo Prävention am meisten bewirken kann: bei Kindern und Jugendlichen, bevor eine Krankheit entsteht“, so die Ministerin. Ziel sei es, die psychische Gesundheit von Anfang an zu stärken – ohne Stigma und mit niedrigschwelliger, kompetenter Hilfe. Claudia Ritter-Rupp bedankte sich für die Unterstützung des Ministeriums und das Vertrauen in das KVB-Projekt. „KRISENFEST bedeutet Hilfe zur Selbsthilfe und erreicht junge Menschen genau zum richtigen Zeitpunkt. Die Resonanz der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen, der Eltern und der Gruppenleitungen ist sehr positiv.“ Ihr ausdrücklicher Dank galt auch den psycho-

therapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, die diese zusätzliche Leistung in ihren Praxisalltag integrieren und Kindern und Jugendlichen so eine wertvolle und nachhaltige Hilfe anbieten.

Informationen finden niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten unter www.kvb.de in der Rubrik Patienten unter dem Schlagwort Psychotherapie.

Redaktion



iMVZ: dramatische Marktveränderungen

Die Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung schreitet voran. Private-Equity-Gesellschaften werden zunehmend als Gefahr für die Patientenversorgung wahrgenommen. Eine aktuelle Analyse des Medizinmarktes – insbesondere der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) – zeigt einen tiefgreifenden, ja dramatischen Wandel. KVB FORUM stellt die aktuelle Situation dar.

Innerhalb eines Jahrzehnts hat sich die Zahl der MVZ in Deutschland massiv erhöht. Bundesweit stieg die Zahl der MVZ von rund 2.000 im Jahr 2014 auf knapp 4.900 Ende 2023 [1]. In Bayern hat sich die MVZ-Landschaft ähnlich dynamisch entwickelt. Was auf den ersten Blick wie eine Modernisierung der Versorgungsstrukturen wirken mag, entpuppt sich bei genauerer Betrachtung in einigen Bereichen als beunruhigende Transformation des Gesundheitswesens. Ein wesentlicher Treiber dieser Entwicklung sind finanzstarke Investoren – allen voran Private-Equity-Gesellschaften (PEG) –, die den ambulanten Sektor als profitables Investmentfeld entdeckt haben. Die nachfolgende Analyse richtet sich nicht gegen das Konzept der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an sich. Viele MVZ – ob in ärztlicher, gemeinnütziger oder auch investorengetragener Trägerschaft – leisten einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Versorgung, insbesondere wenn sie auf langfristige Stabilität, Qualität und Patientenorientierung ausgerichtet sind.

Im Fokus stehen hier problematische Entwicklungen, wie sie bei iMVZ unter Kontrolle von Private-Equity-Gesellschaften auftreten können, etwa durch kurzfristige Renditeziele oder stark finanzmarktorientierte Steuerungslogiken. Ziel ist es, gerade in diesem Bereich potenzielle Fehlentwicklungen zu benennen und eine differenzierte Diskussion über geeignete Rahmenbedingungen anzuregen.

Heute befindet sich ein erhebliches Segment der MVZ – die wir zwecks klarer Unterscheidung als iMVZ bezeichnen – in Deutschland in der Hand von Finanzinvestoren. Offiziellen Daten zufolge sind nur noch rund 43 Prozent der MVZ klassisch ärztlich getragen, während der Rest von Kliniken oder anderen Trägern – darunter private Unternehmen und Fonds – kontrolliert wird [2]. In Bayern befinden sich aktuell (2024) fast 40 Prozent aller MVZ im Besitz privater Betreiber, darunter etwa 20 Prozent direkt unter Kontrolle von Private-Equity-Fonds [3] – Tendenz steigend. Erstmals übernehmen damit Finanzinvestoren in relevantem Umfang die Kontrolle über medizinische Einrichtungen, deren primärer Zweck eigentlich die Patientenversorgung sein sollte. Hunderte Arztpraxen wurden in den letzten Jahren von Investoren aufgekauft und in größere Ketten überführt [4] – ein Novum, das Gesundheitsexperten alarmiert.

Gewinnmaximierung statt Patientenwohl

Das Geschäftsmodell von PEG folgt der Logik der Kapitalverwertung –

mit Renditezielen und Zeithorizonten, die kaum mit einer patientenzentrierten Medizin vereinbar scheinen. Typischerweise sammeln diese Finanzinvestoren Kapital ein, kaufen damit innerhalb kurzer Zeit zahlreiche Praxen auf, bündeln sie zu Konzernen und verkaufen das Gesamtpaket nach wenigen Jahren mit möglichst hohem Gewinn weiter [5, 6]. Renditeerwartungen von 15 bis 20 Prozent jährlich sind dabei keine Seltenheit [7, 8]. Zum Vergleich: Für ein investiertes Kapital von einer Million Euro erwarten die Geldgeber nach nur einem Jahr bis zu 1,2 Millionen Euro zurück [7]. Diese aggressiven Renditeziele – gepaart mit dem kurzen Anlagehorizont von oft nur fünf bis sieben Jahren – transformieren Arztpraxen faktisch von Versorgungsstätten zu Finanzprodukten. Was für die Risikokapitalbranche normal sein mag, steht in fundamentalem Widerspruch zu den Erfordernissen einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung, die auf kontinuierliche Betreuung und langfristiges Vertrauen angewiesen ist.

Komplexe Firmengeflechte

Besonders problematisch ist die übliche Finanzierung dieser Übernahmen über Leveraged Buyouts. Dabei wird ein Großteil des Kaufpreises durch Kredite gestemmt – Schulden, die anschließend den übernommenen Praxen und iMVZ aufgebürdet werden. Die medizinischen Zentren werden somit zu Schuldnern ihrer eigenen Übernahme und stehen unter permanentem Kostendruck, um Zinslasten und Tilgung bedienen zu können. Stei-

gende Zinsen verschärfen dieses Risiko zusätzlich [10]. Darüber hinaus operieren viele Investorengruppen mit verschachtelten Holdingstrukturen, oft mit Firmensitzen in Steueroasen wie den Kanalinseln [11]. Gewinne aus den Praxen fließen so ins Ausland und entziehen sich weitgehend der deutschen Besteuerung – zulasten des hiesigen Gesundheitssystems und Steuerzahlers [12]. Diese Intransparenz der Eigentumsverhältnisse erschwert es Aufsichtsbehörden und der Öffentlichkeit, nachzuvollziehen, wer tatsächlich hinter einer Praxis oder einem iMVZ steht. So verweigerte etwa eine große Augenarzt-Kette gegenüber Journalisten genaue Auskünfte über die Zahl der übernommenen Praxen, durchgeführten Operationen oder Umsätze [13]. Experten gehen davon aus, dass die komplexen Firmengeflechte und fehlenden Offenlegungspflichten Teil der Strategie sind, um regulatorischen Eingriffen zu entgehen und die Gewinnmaximierung unbeobachtet voranzutreiben. Für Patientinnen und Patienten wird es damit praktisch unmöglich, informierte Entscheidungen zu treffen, wenn unklar bleibt, wer im Hintergrund die Fäden zieht.

Abgrenzung von PEG zu langfristig orientierten Investoren im Gesundheitswesen

Im Unterschied zu PEG verfolgen klassische Investoren im Gesundheitswesen eine eigene Logik. Investoren wie Familienunternehmen oder große Kliniknetzwerke sind meist langfristig orientiert und

reinvestieren ihre Gewinne in Ausbau und Qualität der Versorgung. So betonen etwa die Eigentümer der Sana Kliniken ausdrücklich, dass bei ihnen eine langfristige Wertsteigerung im Vordergrund steht, nicht ein kurzfristiger Return [9]. Ein anderes Beispiel ist die Paracelsus Klinikgruppe, die auf ihrer Website darauf hinweist, dass sie sich als Familienunternehmen „langfristig und verantwortungsvoll“ am Gesundheitsmarkt engagiert [21].

Private-Equity-Fonds dagegen folgen typischerweise einem kurzfristigen Renditemodell. Sie werden für einen festen Zeitraum aufgelegt und planen bereits zu Beginn einen Ausstieg durch Verkauf oder Börsengang [22]. Ihr Hauptziel ist eine hohe Kapitalrendite, was oft mit Effizienzsteigerungen und Kostensenkungen erkaufte werden soll. Branchenbeobachtern zufolge beurteilten Private-Equity-Investoren insbesondere nach der Finanzkrise 2008 das Gesundheitswesen als „lohnenswerte und stabile Anlagemöglichkeit“ – mit Exit-Strategien, die auf hohe Gewinne ausgelegt sind [23]. Die Bundesärztekammer warnt dementsprechend, dass aus der „vorwiegend renditeorientierten Motivation“ von Private-Equity-Investoren die Gefahr resultiert, dass ökonomische Überlegungen ärztliche Entscheidungen stärker prägen [24].

Rosinenpickerei: Lukrative Fachgebiete im Visier

Private-Equity-Investoren konzentrieren ihr Engagement im Gesund-

heitswesen vor allem auf wirtschaftlich besonders lukrative Fachbereiche. Eine klare Strategie der „Rosinenpickerei“ ist erkennbar: Im Fokus stehen technische, standardisierbare Disziplinen mit hohen Fallzahlen und Gewinnmargen. Dazu zählen insbesondere die Radiologie, die Augenheilkunde, die Labormedizin sowie bestimmte planbare Fachchirurgien. In der Radiologie etwa werden Neuübernahmen von Praxen inzwischen nahezu komplett von Finanzinvestoren vollzogen – im Jahr 2021 entfielen rund 90 Prozent aller Akquisitionen radiologischer Praxen auf Investorengruppen [14]. Auch die Augenheilkunde verzeichnet eine beispiellose Konsolidierung: Inzwischen gehören bundesweit über 500 augenärztliche Praxen zu internationalen Private-Equity-Ketten, dreimal so viele wie noch vor drei Jahren [15]. Schätzungen zufolge arbeitet bereits rund ein Fünftel aller ambulant tätigen Augenärzte in Deutschland in solchen finanzinvestorengeführten Ketten [15]. Das bedeutet, dass in diesem Fachgebiet in vielen Regionen der Anteil der von Investoren kontrollierten iMVZ und Praxen bereits dominierend ist – in einzelnen Städten wurden sogar monopolartige Strukturen festgestellt [16, 17]. Auch in weiteren Feldern wie der Orthopädie oder der Nephrologie sind Investoren zunehmend aktiv, wenn gleich hier die Marktanteile (noch) geringer ausfallen. Übergreifend gilt: Standardisierbare Leistungen mit hohem Geräte- und Technikeinsatz versprechen Investoren die größten Profite – und genau dort bündeln sie ihre Kräfte.

Die Kehrseite dieser Fokussierung ist eine Verzerrung der Versorgungslandschaft. Renditestarke Bereiche werden von Investoren dominiert, während weniger lukrative Fächer ins Hintertreffen geraten. Klassische hausärztliche Versorgung, aber auch zeitaufwendige oder komplexe Gebiete ohne schnellen Return on Investment, passen nicht ins Portfolio der Gewinnmaximierer. Dies hat bereits messbare Folgen: iMVZ decken oft nur einen engen Ausschnitt des Leistungsspektrums ab. Wie ein Vertreter des Bündnisses junger Ärzte warnt, droht in solchen „Konzernpraxen“ eine Art Fließband-Medizin, die zwar ökonomisch attraktive Leistungen in hoher Zahl produziert, aber nicht mehr die ganze Breite eines Fachgebiets abbildet [18]. Das hat auch Implikationen für die Ausbildung des Nachwuchses und die Versorgungsqualität insgesamt.

Fragmentierte hausärztliche Versorgung

Besonders deutlich zeigen sich die negativen Auswirkungen der neuen Investorenstrategie in der Allgemeinmedizin – dort, wo PEG

mittlerweile ebenfalls Fuß zu fassen versuchen. Analysen in Bayern legen nahe, dass investorengeführte hausärztliche iMVZ gewisse zentrale Versorgungsleistungen vernachlässigen. So werden beispielsweise zeitintensive Hausbesuche oder präventive Gesundheitsuntersuchungen in solchen Einrichtungen seltener durchgeführt als in traditionellen Hausarztpraxen (die vor Ort oft persönlich durch niedergelassene Ärzte geführt werden). Ähnliches gilt für die kontinuierliche Betreuung chronisch kranker Patienten, die unter betriebswirtschaftlichem Druck leicht ins Hintertreffen gerät. Stattdessen konzentrieren sich iMVZ tendenziell auf lukrative Einzelleistungen und eine hohe Anzahl von Patientenkontakten.

Die Folgen sind eine Fragmentierung der Patientenversorgung und ein Verlust an Betreuungskontinuität. So müssen Patienten, die in einem von Investoren betriebenen Hausarzt-MVZ behandelt werden, auffallend häufig zusätzlich weitere Hausärzte aufsuchen, um alle benötigten Leistungen zu erhalten – ein deutliches Warnsignal für Lücken in der Versorgungskontinuität. An-

statt – wie ursprünglich mit dem MVZ-Konzept intendiert – eine koordinierte „Alles-unter-einem-Dach“-Betreuung zu gewährleisten, sehen sich Patienten in solchen Fällen zu Doppeluntersuchungen und Arztwechseln gezwungen. Dies erhöht nicht nur die Kosten (etwa durch mehrfach veranlasste Diagnostik), sondern führt auch zu Unklarheiten in der Verantwortlichkeit. Die eigentlich zentrale hausärztliche Vertrauensbeziehung leidet, wenn sich Patienten durch ein fragmentiertes System navigieren müssen, in dem wirtschaftliche Interessen der Betreiber möglicherweise Vorrang vor ganzheitlicher Betreuung haben. Vertreter der Ärzteschaft betonen zudem, dass angestellte Ärzte in solchen Ketten unter einem besonderen wirtschaftlichen Druck stehen können – was im Zweifel zulasten der Therapieentscheidungen und der Unabhängigkeit geht [19].

Regionale Ungleichheiten: Vernachlässigung des ländlichen Raums

Die Investitionsstrategie der Finanzinvestoren verstärkt auch bereits bestehende regionale Versorgungsungleichgewichte. iMVZ und Praxisketten konzentrieren sich überproportional auf urbane Ballungsräume und wirtschaftlich attraktive Gegenden. So befinden sich fast die Hälfte aller MVZ in Deutschland in Großstädten (Kernstädten), weitere rund 39 Prozent in mittleren Zentren – aber lediglich 15 Prozent auf dem Land [20]. Finanzinvestoren treiben diese Disparität noch weiter: Sie siedeln bevorzugt dort, wo eine hohe Patientendichte und zahlungskräftige Klientel maximale Renditen versprechen [21] – etwa in wohlhabenden Stadtteilen großer Metropolen. In Bayern entfallen beispielsweise auffallend viele investorengetragene MVZ auf den



Großraum München, während strukturschwächere ländliche Bezirke kaum Berührung mit den neuen Praxisketten haben.

Dagegen stehen ländliche Regionen, die aufgrund des demografischen Wandels eigentlich wachsenden Versorgungsbedarf haben, zunehmend im Abseits. Hier müssen nach wie vor klassische Einzel- oder Gemeinschaftspraxen die Primärversorgung stemmen – oft unter schwierigen wirtschaftlichen Bedingungen und Nachwuchssorgen. Diese Versorgungsinseln auf dem Land werden durch die fortschreitende Kommerzialisierung zusätzlich unter Druck gesetzt: Wenn rentable Praxen in der Umgebung von Ketten aufgekauft oder neue iMVZ gezielt nur in Städten gegründet werden, drohen im Umland noch größere Lücken. Die Folge könnte eine weitere Verschärfung der medizinischen Unterversorgung in der Fläche sein, da junge Ärzte tendenziell eher angestellte Stellen in Städten bevorzugen und die Konkurrenz durch kapitalkräftige iMVZ die Niederlassung auf dem Land unattraktiver macht. Kurz: Die Schere zwischen Stadt und Land geht weiter auf, solange Marktlogik unbegrenzt die ambulante Landschaft prägt.

Intransparenz erschwert Kontrolle

Ein weiteres Problemfeld ist die mangelnde Transparenz und demokratische Kontrollierbarkeit der neuen iMVZ-Strukturen in Investorenhand. Wie erwähnt, verschleiern komplexe Firmenkonstrukte – etwa mehrstufige Holdinggesellschaften, Beteiligungen über Briefkastenfirmen im Ausland und ähnliche Modelle – die tatsächlichen Machtverhältnisse. Selbst für Aufsichtsbehörden und standesrechtliche Organisationen ist oft kaum nach-

zuvollziehen, welcher Akteur letztlich die medizinischen Entscheidungen in einer Kette beeinflusst. Diese Undurchsichtigkeit scheint kalkuliert: Sie ermöglicht es den Investoren, regulatorische Vorgaben zu umgehen oder zu verzögern. Beispielsweise sitzen die Konzernzentralen mancher Praxisketten in Ländern mit sehr großzügigen Regulierungsvorschriften und minimalen Publizitätspflichten – was Eingriffe deutscher Behörden erschwert. Auch steuerlich profitieren die Betreiber: Während die Schulden, wie oben beschrieben, bei den deutschen Praxen liegen, werden die Gewinne häufig an Standorte mit niedriger Steuerlast transferiert [12].

Für die Patienten ist diese Lage höchst unbefriedigend. Sie können nicht erkennen, wer hinter einer Praxis steht, ob beispielsweise eine renditeorientierte Investmentgesellschaft im Hintergrund die Leitlinien bestimmt. Entscheidungen über Diagnostik und Therapie könnten so von finanziellen Kennziffern beeinflusst sein, ohne dass die Betroffenen dies wissen. In einer solchen Konstellation wird das Vertrauen in die medizinische Versorgung untergraben. Demokratische Kontrolle – etwa durch Parlamente oder öffentlich-rechtliche Gremien – greift im rein privatwirtschaftlich organisierten iMVZ-Sektor bislang kaum. Bis heute existiert kein zentrales Register, das für Patienten oder Behörden transparent aufschlüsselt, welche iMVZ von welchen Investoren beherrscht werden. Die Bundesärztekammer und andere Institutionen fordern daher mehr Transparenz und Meldepflichten: Wer in der ambulanten Versorgung Investitionen tätigt, sollte offenlegen müssen, welche Beteiligungen vorliegen. Nur so ließe sich etwa verhindern, dass einzelne Konzerne regional

eine Monopolstellung aufbauen, ohne dass es jemand bemerkt.

Systemische Risiken für das Solidarsystem

Die wachsende Dominanz von Private Equity im Gesundheitswesen birgt schließlich weitreichende systemische Risiken. Zum einen droht eine schleichende Zweiklassen-Medizin. Hochprofitable Leistungen – etwa bestimmte operative Eingriffe oder diagnostische Verfahren – werden bevorzugt angeboten, wohingegen weniger rentable Versorgungsbereiche systematisch vernachlässigt werden. Diese Entwicklung untergräbt das Prinzip der gleichmäßigen Versorgung aller Versicherten, das dem Solidarsystem zugrunde liegt. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen am Ende die Leistungen in den Investoren-MVZ, doch ein Teil dieser Gelder fließt als Rendite an internationale Kapitalanleger ab, statt wieder ins Gesundheitssystem reinvestiert zu werden [12]. Finanzexperten warnen bereits, dass die Gesetzliche Krankenversicherung so de facto zur Finanzierungsquelle für private Gewinne umfunktioniert werden könnte [22].

Zum anderen schaffen die hohen Schuldenberge aus den Leveraged-Buyout-Finanzierungen eine strukturelle Instabilität im Versorgungsnetz. Sollten Investoren ihre ehrgeizigen Renditeziele einmal nicht erreichen oder konjunkturelle Einbrüche auftreten, drohen finanzielle Schief lagen bis hin zu Insolvenzen ganzer Praxisketten. Die plötzliche Schließung mehrerer medizinischer Einrichtungen infolge einer Konzernpleite hätte unabsehbare Folgen für die Patientenversorgung – insbesondere wenn in bestimmten Regionen bereits eine monopolartige Kettenstruktur besteht [4]. Genau vor diesem Szenario warnen

Fachleute: Wenn ein großes Arztpraxis-Unternehmen zahlungsunfähig wird, könnten ganze Landstriche kurzfristig ohne ausreichende Versorgung dastehen [4]. Die Abhängigkeit von einigen wenigen Konzernen im ambulanten Sektor erhöht somit das Klumpenrisiko für das Gesamtsystem.

Schließlich ist zu bedenken, dass auch die ärztliche Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit auf dem Spiel stehen: Wo Konzerne vorgeben, welche Leistungen rentabel sind, können Ärztinnen und Ärzte in einen Konflikt zwischen medizinischem Auftrag und ökonomischen Vorgaben geraten [19]. Dies gefährdet die Therapiefreiheit und letztlich die Qualität der Versorgung und das Vertrauen der Patienten.

Fazit: Regulieren, bevor es zu spät ist

Die vorliegenden Befunde zeichnen ein klares Bild: Die fortschreitende Kommerzialisierung der ambulanten Gesundheitsversorgung durch Private-Equity-Investoren stellt eine grundsätzliche Herausforderung für unser solidarisches, patientenzentriertes Gesundheitssystem dar. Wo Renditeoptimierung zum dominierenden Handlungsprinzip wird, leiden langfristig Versorgungsqualität, Kontinuität und Gerechtigkeit. Diese Entwicklung ist keine naturgegebene Marktbewegung, der man tatenlos zu-sehen müsste – politische Gegenmaßnahmen sind möglich und dringend nötig.

Bereits Ende 2022 hatte der damalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach öffentlich betont, er wolle verhindern, „dass Investoren mit absoluter Profitgier Arztpraxen aufkaufen“ [23]. Auch die Bundesärztekammer forderte im Januar 2023 in einem Positionspapier schärfere Regeln, um den

Einfluss fachfremder Finanzinvestoren einzudämmen [21]. Konkret diskutiert werden unter anderem: striktere Zulassungsregeln für MVZ-Betreiber (damit Finanzfonds nicht länger über Umwege Praxen aufkaufen können), vollständige Transparenz über Eigentümerstrukturen sowie sogar ein mögliches Verbot von rein finanz-orientierten Praxisübernahmen (etwa Leveraged-Buyout-Modelle bei medizinischen Einrichtungen). Zudem plädieren Ärzteverbände und Gesundheitsexperten dafür, die hausärztliche Versorgung gezielt zu stärken – beispielsweise durch Förderprogramme für Niederlassungen in unterversorgten Regionen und den Abbau von Hürden für junge Ärzte, eigene Praxen zu übernehmen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die kontinuierliche, präventive und patientennahe Betreuung – besonders auf dem Land – nicht weiter ausdünn.

Die in diesem Beitrag aufgezeigten Risiken beziehen sich gezielt auf bestimmte Strukturen und Steuerungsmechanismen, wie sie bei iMVZ unter Kontrolle von Private-

Equity-Gesellschaften auftreten können. Eine pauschale Bewertung der MVZ-Landschaft ist nicht beabsichtigt. Vielmehr soll die Analyse dazu beitragen, eine sachliche Debatte über notwendige Leitplanken für eine patientenorientierte und nachhaltige ambulante Versorgung anzustoßen. Die Gesundheit der Bevölkerung darf nicht den Renditezielen internationaler Finanzinvestoren geopfert werden. Ein funktionierendes Gesundheitswesen basiert auf Vertrauen, Kontinuität und Gemeinwohlorientierung – Werte, die mit dem kurzfristigen Geschäftsmodell klassischer Private-Equity-Firmen kaum vereinbar sind. Die Entwicklung schreit förmlich nach einer entschlossenen Regulierung, bevor unwiderruflich Tatsachen geschaffen werden. Die Politik ist am Zug, klare Leitplanken zu setzen, damit die ärztliche Versorgung auch in Zukunft dem Patientenwohl dient – und nicht primär den Interessen anonymen Kapitalgeber.

*Dr. rer. biol. hum. Roman Gerlach,
Dr. rer. biol. hum. Martin Tauscher
(beide KVB)*

Das Literaturverzeichnis zu diesem Artikel finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/service/kvb-forum.



Ziele einer Begrenzung von investorengetragenen MVZ (iMVZ)

- **Stärkung der ärztlichen Unabhängigkeit:** Schutz der Therapiefreiheit vor sachfremden Einflüssen
- **Transparenz und Kennzeichnungspflicht:** Gewährleistung der freien Arztwahl
- **Verhinderung von Monopolstellungen:** Erhalt einer pluralen Versorgungslandschaft
- **Stärkung der Freiberuflichkeit:** Vorfahrt für die Niederlassung
- **Stärkung der Kassenärztlichen Vereinigungen:** Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten bezogen auf Eigeneinrichtungen
- **Rechtliche Gleichstellung:** Anwendbarkeit der Disziplinarordnung der KV für MVZ-Rechtsträger

iMVZ – der politische Sachstand

Die Ernüchterung in der Ärzteschaft war groß, als im Jahr 2021 der fertige Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP präsentiert wurde: Auf den 144 Seiten wurde die Regulierung von investorenbetriebenen MVZ (iMVZ) nicht erwähnt. Zwar wollte die Politik die Gründung kommunal getragener MVZ und deren Zweigpraxen erleichtern, sich dem Ausverkauf des ambulanten Systems aber offenbar nicht annehmen.

Ums o überraschender ließ der damalige Gesundheitsminister Karl Lauterbach Ende 2022 in einem Interview mit der BILD am Sonntag verlauten, er wolle den „Einstieg von Heuschrecken in Arztpraxen“ verbieten. Dazu solle in den nächsten drei Monaten ein Gesetzesentwurf vorliegen.

Immerhin: Ein paar Eckpunkte dazu hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in den darauffolgenden Monaten veröffentlicht. Diese sollten ins sogenannte „Versorgungsgesetz 2“ Eingang finden. Geplant waren laut Papier „Regelungen zu Gründung, Zulassung, Betrieb und Transparenz von MVZ“, die „insbesondere auch mit Blick auf investorenbetriebene MVZ weiterentwickelt“ werden sollten. Einige Eckpunkte zum Versorgungsgesetz 2 (wie auch zum Versorgungsgesetz 1) gingen dann in einem Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) auf. Das Thema iMVZ hat es jedoch weder in den Entwurf noch ins fertige und deutlich abgespeckte Gesetz geschafft, das noch nach dem Ampelbruch vom alten Bundestag beschlossen wurde – obwohl Informationen aus dem

BMG besagten, dass es bereits zwei fertig ausformulierte Entwürfe zur iMVZ-Regulierung gab, die Koalition sich aber offenbar nicht einigen konnte. Warum ist bis heute unklar: Manche vermuten die FDP als Blockierer, andererseits haben weder GRÜNE noch SPD in eigenen Änderungsanträgen, die nach dem Koalitionsbruch erschienen, das Thema im Gesetzesverlauf erwähnt.

Die Länder, allen voran Bayern, haben sich dem Thema deutlich entschiedener angenommen als der Bund. So gab es am 16. Juni 2023 eine Entschließung des Bundesrats zur „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“, die im Bundesrat die Mehrheit fand. Die Initiative für die Entschließung ging von Bayern, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Hamburg aus. Sie ist eine direkte Reaktion auf die Zunahme investorenbetriebener MVZ und die damit verbundenen Risiken für die ambulante medizinische Versorgung. Ziel ist es, die ambulante Versorgung zu sichern, insbesondere durch die Förderung kommunaler MVZ (siehe Kasten).

Die Entschließung war rechtlich nicht bindend und wurde – wie oben angeführt – leider vom Bund nicht weiterverfolgt. Dennoch bleiben iMVZ politisch aktuell: So haben Union und SPD die iMVZ-Thematik im aktuellen Koalitionsvertrag „Verantwortung für Deutschland“ der 21. Legislaturperiode wieder aufgenommen. Hierzu heißt es: „Wir erlassen ein Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ-Regulierungsgesetz), das Transparenz über die Eigentümerstruktur sowie die systemgerechte

Verwendung der Beitragsmittel sicherstellt.“

Im Vorentwurf des Koalitionsvertrags war nur von einem „iMVZ-Regulierungsgesetz“ die Rede. Final wurde dann der konkrete Regulierungsmechanismus „Transparenz“ eingefügt – der alleinstehend unzureichend für eine sinnvolle Regulierung wäre. Ob das ein erster Hinweis darauf ist, dass man das Regulierungsgesetz als zahnlosen Tiger aufsetzen will, oder ob es noch mehrere weichenstellende Maßnahmen in das Gesetz schaffen, sofern es denn kommt, bleibt bis heute dahingestellt. Genug sinnvollen Input gäbe es – sowohl von Länder- als auch von Ärzteseite.

Benjamin Laub (KVB)

Forderungen des Bundesrats

- **Einführung einer Kennzeichnungspflicht auf dem Praxisschild:** um die Transparenz über Inhaberstrukturen zu erhöhen
- **Einführung eines MVZ-Registers, inklusive einer Offenlegung der Inhaberstrukturen:** damit die Eigentumsverhältnisse klar und nachvollziehbar sind
- **Beschränkung der Gründungsbefugnis bezogen auf Planungsbereiche:** um eine übermäßige Konzentration von MVZ in bestimmten Regionen zu verhindern
- **Begrenzung des Versorgungsanteils** für neue, von einem Träger gegründete, ärztliche MVZ im jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereich (bei Hausärzten auf maximal 25 Prozent, bei der fachärztlichen Versorgung auf maximal 50 Prozent pro Facharztgruppe)
- **Stärkung der ärztlichen Leitung von MVZ:** um die ärztliche Verantwortung gegenüber sachfremder Einflussnahme zu schützen

Private Equity in der vertragsärztlichen Versorgung

Vor knapp zehn Jahren haben Finanzinvestoren das deutsche Gesundheitssystem als eine lukrative Möglichkeit zur Kapitalanlage entdeckt. Seitdem war insbesondere die ambulante vertragsärztliche Versorgung ein wichtiges Ziel des Investitionsgeschehens. Unser Gastautor Dr. phil. Christoph Scheuplein aus dem Berliner Unternehmen „VDI/VDE Innovation + Technik GmbH“ betrachtet im Folgenden die seitdem aufgebauten Arztketten sowie einige aktuelle Trends.

Private Equity – ein besonderer Akteur

Seit der Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) können auch nicht-ärztliche Akteure vertragsärztliche Arztpraxen besitzen. Die Zahl dieser MVZ erhöhte sich dabei insbesondere seitdem ein neuer Akteurstyp in diesen Markt der ambulanten Versorgung drängte: Die sogenannten Private-Equity-Gesellschaften beschäftigten sich mit dem Kauf und Verkauf von Unternehmen, wobei sie ihre Käufe sowohl mit dem Kapital von Anlegern als auch über Kredite finanzieren (siehe auch Seite 6 ff.). Diese Finanzinvestoren unterscheiden sich unter anderem von den anderen Akteuren, weil ihnen hohe Kapitalvolumina zur Verfügung stehen, die sie bei der Übernahme von Arztpraxen einsetzen können. Zudem müssen sie ihren Kapitalanlegern eine ausreichende Rendite im Vergleich zu anderen Investmentformen darstellen, sodass ein erheblicher Renditedruck in das

Gesundheitswesen hineingetragen wird.

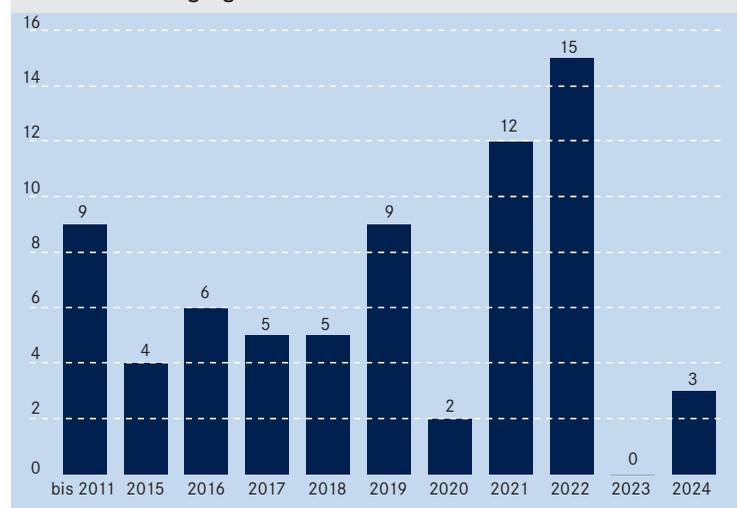
Der aktuelle Stand der Übernahmen

Im Folgenden wird der Status bei den Private-Equity-geführten Ketten mit einem Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland betrachtet. Dies schließt auch zahnärztliche Ketten, Laborketten, Krankenhausketten (die meist auch MVZ betreiben), fachärztliche Kliniken (vor allem der Orthopädie) sowie Dialyse-Einrichtungen ein. So kann die Gründung von 70 Ketten nachgewiesen werden (siehe Abbildung). Dabei erhöhte sich die Zahl der Gründungen nach der Zulassung von fachgruppengleichen MVZ im Jahr 2015 auf etwa fünf Gründungen pro Jahr. In den Jahren 2019 bis 2022 kam es sprunghaft zu 38 Gründungen (wobei es nur zwei Gründungen im Corona-Krisen-

jahr 2020 gab). Seitdem konnten bis zur Jahresmitte 2025 nur drei weitere Gründungen registriert werden.

Die aktuelle Zahl der Private-Equity-geführten Ketten fällt mit 62 etwas geringer als die Zahl der Gründungen aus, da inzwischen verschiedene Ketten miteinander fusioniert worden sind (vergleiche weiter unten). Insgesamt sind derzeit 40 Ketten in der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung aktiv, eine Dialysekette, zwölf Ketten der vertragszahnärztlichen Versorgung und acht Ketten der stationären Versorgung, die über eigene MVZ partiell Leistungen für die vertragsärztliche Versorgung erbringen. Nach Fachsparten betrachtet sind in der vertragsärztlichen Versorgung die Radiologie (acht Ketten), Allgemeinmedizin (sechs) sowie Augenheilkunde und Orthopädie (je fünf) bedeutsam. Zudem sind

Gründung von Private-Equity-geführten Ketten mit Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland



Quelle: eigene Recherchen

weitere fünf Ketten in mehreren Fachsparten tätig.

Die wirtschaftliche Größe der Private-Equity-geführten Ketten kann anhand der Praxisstandorte abgeschätzt werden, wobei ein MVZ über mehrere Praxisstandorte verfügen kann. Demnach sind die 62 aktiven Ketten der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung an rund 2.300 MVZ-Standorten tätig. Bezogen auf die Beschäftigten der Arztketten ist das Personalvolumen ihrer Träger-Krankenhäuser relevant. Es wird hier ausgeblendet (zirka 4.600 Personen), da es üblicherweise nicht in der vertragsärztlichen Versorgung tätig ist. Andererseits betreiben die Krankenhausketten im Zuge der Ambulantisierung zunehmend auch MVZ. Da deren Beschäftigtenzahl nur teilweise ausgewiesen wird, wird es hier konservativ auf eine Mindestgröße von 1.500 Personen geschätzt.

Es können somit rund 50.700 Beschäftigte in Ketten mit Bezug zur kassenärztlichen Versorgung in Deutschland ermittelt werden. Dabei beträgt die Zahl der Beschäftigten in der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung zirka 39.000 und die Zahl der Beschäftigten in der vertragszahnärztlichen Versorgung 11.700 Personen. Weitere 36.000 Beschäftigte sind in Einrichtungen der stationären Versorgung tätig, die aber nur einen indirekten Bezug als MVZ-Träger zur vertragsärztlichen Versorgung haben.

Ausstiege, Fusionen und finanzielle Instabilität

Das langfristige Ziel der Private-Equity-Gesellschaften ist ein lukrativer Weiterverkauf der Arztketten. Die Unternehmen werden speziell auf diesen Verkauf getrimmt und es wird professionell nach einem

zahlungskräftigen Käufer gesucht. Bislang wurden in Deutschland die Ketten mit einem vertragsärztlichen Bezug fast ausschließlich innerhalb der Private-Equity-Branche veräußert. Bis Mitte 2025 wurden so 15 Ketten an einen zweiten Finanzinvestor weitergereicht, drei Ketten haben zudem bereits einen dritten Finanzinvestor als Eigentümer erhalten. Weitere fünf Ketten wurden auf eine andere PE-geführte Kette fusioniert. Nur eine Kette hat bislang einen neuen Eigentümer außerhalb von Private Equity erhalten. Darüber hinaus musste eine (zahnärztliche) Kette Insolvenz anmelden und zwei Ketten wurden an ihre früheren (ärztlichen) Eigentümer zurückverkauft, wobei hier vermutlich das ursprünglich geplante Geschäftskonzept des Finanzinvestors nicht aufgegangen ist. Angesichts einer finanziellen Instabilität (Insolvenz, Restrukturierung) bei einem Fünftel aller Unternehmen in längerem Private-Equity-Eigentum in Deutschland [1] sind weitere wirtschaftliche Schief-lagen zu erwarten. Diese Gefahren sind auch nach einem möglichen Weiterverkauf einer Arztkette gegeben, da ein hoher Verkaufspreis als Gewinnanspruch dauerhaft auf dem Unternehmen lastet.

Aktuelle Trends

Für die aktuelle Situation der Private-Equity-geführten Arztketten sind vor allem diese Trends bedeutsam:

- Derzeit wachsen die bestehenden Arztketten durch die Übernahme weiterer Arztpraxen. Soweit die Ketten bislang an eine weitere Private-Equity-Gesellschaft veräußert worden sind, wurde die Expansion von den neuen Käufern fortgesetzt.
- In einer Reihe von Ketten wird die Digitalisierung in der Medizin stark vorangetrieben, zum

Beispiel durch Angebote zur Telemedizin oder Terminbuchung sowie durch die Digitalisierung von Arbeitsprozessen (zum Beispiel in der Radiologie). Dies erhöht den Handlungsdruck in den ärztlich geführten Einzelpraxen.

- Bemerkenswert ist der oben dargestellte derzeitige Rückgang der Neugründungen von Ketten als auch die geringe Zahl an Ausstiegen von Private-Equity-Investoren (teilweise trotz öffentlich dokumentierter Verkaufsabsichten). Dies dürfte unter anderem auf die Diskussion über eine Begrenzung der investorengetragenen MVZ zurückzuführen sein. Die Weichenstellungen der neuen Bundesregierung werden mit darüber entscheiden, ob die Gründungen bei Private-Equity-geführten Arztketten wieder ansteigen wird. Letzteres würde die Ausbreitung dieses Geschäftsmodells noch einmal deutlich beschleunigen.

*Dr. phil. Christoph Scheuplein
(VDI/VDE Innovation +
Technik GmbH)*

[1] Christoph Scheuplein: Wer kommt, wenn Private Equity geht? Langfristige Wirkungen auf die Eigentümerstruktur deutscher Unternehmen. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 10/2020, S. 9.

„Kollegen sind regelrecht ausgebrannt“

Nach außen vermitteln gerade investorenbetriebene Arztketten ein blütenweißes Image. Die Tresen fein säuberlich poliert und die Wartezimmereinrichtung im stylischen Design. Im Hintergrund sind die Arbeitsbedingungen aber wegen des hohen Renditedrucks nicht immer gar so präsentabel. KVB FORUM hat sich mit einer Hausärztin und einem Augenarzt unterhalten, die in solchen iMVZ gearbeitet haben. Unter der ihnen zugesicherten Anonymität geben sie verstörende Einblicke.

Dr. med. Markus Müller* arbeitete mehrere Jahre in einem von Investoren dominierten augenärztlichen MVZ in Bayern. Was er dort erlebte, bewegt sich an der Grenze zum Strafrecht: Patienten mit sehr guter Sehstärke landeten auf dem OP-Tisch und beim Ausstieg drohte man ihm im Rotlichtjargon, „seinen Ruf zu zerstören“ und ihn „fertigzumachen“.

Herr Dr. Müller, Sie waren nach der fachärztlichen Ausbildung an einer Klinik anschließend in einem MVZ beschäftigt, das dann von einem Investor übernommen wurde. Was änderte sich dadurch?

Vorab ist es mir wichtig zu sagen, dass ein generelles MVZ-Bashing über das Ziel hinausschießt. Die ärztliche Zusammenarbeit in einem MVZ hat sowohl für Ärzte als auch für Patienten durchaus Vorteile. Die Ärztinnen und Ärzte können sich dort beispielsweise zu medizinischen Fragestellungen austauschen.

Aber zurück zu Ihrer Frage: Der Einstieg des Investors in unser MVZ hat sich sehr schnell bemerkbar gemacht. Da ich die Zeit vor der Übernahme mit der Zeit danach vergleichen kann, lässt sich an meinem Beispiel die Metamorphose gut nachvollziehen. Die neuen Herren im Haus haben uns Medizinern sehr schnell klare Vorgaben gemacht, was wir zu tun hatten. Dies zeigte sich zum Beispiel darin, dass man einen fixen Prozentanteil Bonus bekam, wenn man die Patienten überzeugt, individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) in Anspruch zu nehmen. Darunter waren auch solche, deren medizinischer Nutzen zweifelhaft ist.

Aber lassen sich gestandene Fachärzte so in ihre Therapie hineinreden?

Das war sehr unterschiedlich. Kollegen, die schon länger im MVZ waren, konnten dem Druck besser standhalten. Aber Kollegen, die gerade eine Familie gegründet hatten oder ein Haus bauten, sind sehr schnell eingeknickt.

Herr Müller, wann kam bei Ihnen der Zeitpunkt, an dem Sie gesagt haben: Ich mache nicht mehr mit?

Als wir für bestimmte Indikationsstellungen Prämien bekommen sollten, war für mich das Maß voll. Das ist nämlich schlicht verboten. Es sind Leute auf dem OP-Tisch gelandet, die hatten 100 Prozent Sehfähigkeit, und denen musste man vorher sagen: „Wenn Sie die Kataraktoperation nicht schleunigst machen lassen, dann wird

Ihr Sehvermögen sehr schnell beeinträchtigt sein.“ Ist auch klar: Mehrere Operationen am Tag mit einem Volumen von 2.000 bis 4.000 Euro, da kommt schnell eine gewaltige Summe zusammen. Das Ziel war, möglichst viele Patienten, möglichst schnell und mit möglichst vielen abrechenbaren Leistungen durchzuschleusen.

Fühlten Sie sich in einem solchen Umfeld auch durch die schiere Masse an Patienten unter Druck gesetzt?

Durchaus. Die Medizinischen Fachangestellten (MFA) hatten die Hoheit über unseren Kalender. Da werden dann 40 Leute und mehr pro Vormittag oder Nachmittag ins Wartezimmer gesetzt und dann mussten wir diese Masse an Leuten „abarbeiten“. Die Kollegen sind regelrecht ausgebrannt, was den Betriebswirten in diesen Ketten aber komplett egal ist. Die Fluktuation ist gewaltig. Die MFA wechselten einmal im Jahr komplett durch und im ärztlichen Bereich waren nach meinen Beobachtungen rund 25 Prozent der Stellen nicht besetzt. Das heißt: Die auf dem Papier ausgewiesene Versorgung findet überhaupt nicht statt, was den Druck auf die anderen wiederum erhöht und die Versorgungssicherheit leidet lässt. Manche Kollegen wussten sich nicht mehr zu helfen und haben die Patienten einfach in die Klinik überwiesen, was dort zu Verdross in den Notfallambulanzen führte.

Können Sie weitere Beispiele nennen?

Die MFA mussten die Geräte maximal auslasten und haben deswegen möglichst viele Gesichtsfelder, OCT und anderes ohne Indikation am Tag machen müssen. Im Ergebnis waren zahlreiche dieser OCT einfach schlecht. Auch eine Sehschule für Kinder wird in diesem iMVZ angeboten. Die Augen der Kinder wurden aber keinesfalls so angeschaut, wie das medizinisch notwendig wäre. Trotzdem wurden die Leistungen abgerechnet. Es gab Standorte, die wurden ausschließlich von Assistenzärzten „aufrechterhalten“, die auch Rezepte ausstellen. Dies ist überhaupt nicht erlaubt. Was mich zudem ärgert: Die jungen Kollegen dort erhalten keine vernünftige fachärztliche Ausbildung und die iMVZ-Kette schiebt auch noch die Ausbildungsprämie der KVB ein.

Wenn es solche Qualitätsprobleme gibt, fällt das doch auch den Patienten auf?

Selbstverständlich. Ich bin jetzt etwas zynisch und sage: Der Beitrag solcher Ketten zur Versorgungssicherheit liegt vor allem darin, negative Google-Bewertungen löschen zu lassen. Kein niedergelassener Augenarzt kann sich eine solche Versorgung leisten. Dort stehe ich mit meinem Namen am Arztschild und habe einen Ruf zu verlieren. Es gibt aber noch etwas, was absolut leidet.

Nur zu!

Das kollegiale Miteinander und das ambulante Netzwerk vor Ort können überhaupt nicht wachsen. Durch die hohe Fluktuation in solchen Ketten kann sich kein belastbares Netzwerk zu Hausärzten oder Internisten bilden, was wiederum die Patientenbehandlung beeinträchtigt. Gerade familiäre oder soziale Aspekte fallen bei



Ausgebrannt wegen Renditedruck der Investoren. Ex-Angestellter in iMVZ legt Missstände offen.

dieser Art von Fließbandmedizin komplett hinten runter.

Wie verlief denn Ihr Abschied?

Das war extrem unschön. Ich wurde regelrecht bedroht, als ich gesagt habe, ich verlasse die Kette und mache denen nun Konkurrenz. Mir wurde gedroht, meinen Ruf zu zerstören und mich fertigzumachen. So etwas findet eigentlich eher in Branchen mit zweifelhaftem Ruf statt.

Welche Auswirkungen auf die augenärztliche Versorgung befürchten Sie, wenn dieser Trend so weitergeht?

Das Schlimmste ist, dass diese Ketten mit ihren unglaublichen Finanzmitteln die Preise so hochtreiben, dass junge Ärztinnen und Ärzte beim Erwerb einer Zulassung nicht mehr mithalten können. Das vertreibt viele von ihnen zum Beispiel in die Schweiz. Dort verdient man zwar besser, hat aber auch höhere Lebenshaltungskosten. Ich kenne viele, die würden sofort wieder zurück nach Bayern kommen, wenn sie sich eine Zulassung leisten könnten.

Haben Sie Ideen, was man hier verbessern könnte?

Ich mache mich nun eventuell nicht beliebt, aber unter Umständen müsste man darüber nachdenken, dass Zulassungen nur noch auf Zeit vergeben werden. Ich weiß, wie schwer es für die KVen ist, vor dem Zulassungsausschuss einen Zulassungszug durchzufechten. Meiner Meinung nach gehört auch die Konzeptbewerbung abgeschafft. Wenn ich mich als Einzelpraxis um eine Zulassung bewerbe und habe niemanden, der das damit verbundene Arbeitsvolumen abdecken kann, lehnt mich der Zulassungsausschuss zurecht ab. Ein iMVZ kann sich um eine Zulassung bewerben, obwohl es noch gar keine konkrete Person dafür vorweisen kann. Das ist ein eklatanter Nachteil für jede Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft und letztlich für uns alle, wenn wir selbst als Patienten keine gute Versorgung mehr vorfinden.

Interview Dr. phil. Axel Heise (KVB)

**Name von der Redaktion geändert*

„Patientenbehandlung im Zehn-Minuten-Takt“

Dr. med. Katrin Kern* arbeitete mehrere Jahre in einem von Investoren geführten hausärztlichen MVZ in Bayern. Patienten mussten im Zehn-Minuten-Takt behandelt werden, Hausbesuche fanden kaum statt. Und wer als Patient zwei Mal im Quartal in der Praxis war, bekam meist keinen Termin mehr.

Frau Dr. Kern, wie kam es zu Ihrer Anstellung im hausärztlichen iMVZ?

Ich war jahrelang in der Klinik tätig und war als Mutter mehrerer Kinder auf der Suche nach familienfreundlichen Arbeitszeiten. Über Social Media wurde ich von meinem ehemaligen Arbeitgeber mit familienfreundlichen und flexiblen Arbeitszeitmodellen und einem guten Gehalt angeworben und war dort dann einige Jahre tätig.

Wenn die Betriebswirte das eigentliche Sagen haben, wird es für die Mediziner eng.

Entsprach Ihre ärztliche Tätigkeit in diesem iMVZ ihren Vorstellungen von einer guten hausärztlichen Patientenversorgung?

Nein. Ich habe sehr schnell festgestellt, dass dort Quantität vor Qualität geht. Im Grunde gab es Zehn-Minuten-Termine, vor allem für Patienten unter 35 Jahre. Ältere Patienten oder Chroniker, die mehr Behandlungszeit benötigen, wurden vorher schon ausgesiebt. Das Buchungssystem war so gestaltet, dass Patienten, die bereits zwei Mal im Quartal da waren, keinen Termin mehr bekamen. Hausbesuche fanden im Grunde gar nicht statt.

Wie muss man sich als Außenstehender eine Kurz-Sprechstunde vorstellen?

Das war eine Art Ampelsystem, das die Ärztinnen und Ärzte unter großen Druck setzt, diese zehn Minuten einzuhalten. Denn wenn Sie bei Patient X länger als zehn Minuten benötigt haben, mussten Sie das bei Patient Y wieder hereinholen. Und wenn Patient X reinkommt, scannen Sie den nach dem Motto: „Was kann ich bei dem abrechnen?“ Also erhalten unter 35-Jährige gleich mal den Check-up, die Psychoziffer und die Beratung zur Organspende, denn die sollten Sie möglichst immer abrechnen. Zunehmend wurden wir angehalten, individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) zu verkaufen. Ich bin aber Ärztin und keine Verkäuferin. Dass nicht erbrachte Leistungen abgerechnet wurden, habe ich allerdings nicht erlebt.

Wie ist die Struktur in einem solchen iMVZ. Wer hat dort das Sagen?

Ein zentraler Akteur ist dort der

Ärztliche Leiter. Im Grunde ist er auch der ärmste Hund. Er bekommt von den Betriebswirten, die das eigentliche Sagen haben und von Medizin wenig verstehen, den gesamten Druck, weil er die finanziellen Zielvorgaben bei uns Ärzten umsetzen muss. Es gab regelmäßige „Feedbackgespräche“ mit dem ärztlichen Leiter, in denen das Abrechnungsverhalten und mögliche „Optimierungen“ besprochen wurden. Über ein Bonus-system sollte zudem – wenn man es mal so sagen darf – ein „offensives Abrechnungsverhalten“ gefördert werden. Hohes Abrechnungsvolumen, hoher Bonus – so läuft das.

Welcher Mediziner will unter solchen Bedingungen arbeiten?

Die Fluktuation unter den Ärzten ist extrem hoch. Für die meisten, wie auch für mich, ist das eine reine Durchgangsstation. Die MFA werden übrigens überdurchschnittlich bezahlt, was dazu führt, dass manche länger dortbleiben. Ich habe für mich entschieden, dass ich so auf gar keinen Fall medizinisch weiterarbeiten möchte. Ich bin inzwischen in einer normalen Hausarztpraxis tätig und deutlich zufriedener. Ich kann mir für die Patienten die Zeit nehmen, die ich und vor allem die die Patienten benötigen.

Interview Dr. phil. Axel Heise (KVB)

**Name von der Redaktion geändert*



Bayern für Reform der Akut- und Notfallversorgung gut aufgestellt

Die Vertreterversammlung der KVB hat in ihrer Sitzung Ende Juni die Neufassung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) 2025 beschlossen. Zudem standen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zentrale Themen wie die Digitalisierung, der Einfluss von Finanzinvestoren und die künftige Gestaltung der Notfallversorgung auf der Agenda.

Der KVB-Vorstand – Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp – berichtete den Delegierten über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen. Dabei stand insbesondere der Koalitionsvertrag von Union und SPD im Fokus, dessen konkrete Auswirkungen auf die ambulante Versorgung noch nicht abzuschätzen seien. Die VV forderte die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warken dazu auf, bei der Umsetzung der Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag in den Dialog mit den Ärzten und Psychotherapeuten in den Praxen zu treten.

Mit Blick auf die für den Herbst angekündigte Reform der Akut- und Notfallversorgung betonte der Vorstand, dass Bayern bereits gut vorbereitet sei. Die enge Vernetzung der Telefonnummer 116117 mit den Rettungsdiensten sowie innovative Projekte wie „Dispo-Digital“ – ein digitaler gemeinsamer Tresen zur Patientenlenkung – und „RTW akut“ – ein System zur Vernetzung von Rettungsdiensten und Arztpraxen – wurden dabei als wegweisend hervorgehoben.

Vorstand und Delegierte warnten vor einem weiteren Eindringen von Private-Equity-Gesellschaften aus dem In- und Ausland in die gewohnten Versorgungsstrukturen. Gerade in ländlichen Regionen könnten die Private-Equity-Unternehmen, die sich vor allem für lukrative Praxisübernahmen in größeren Städten interessierten, eine Verschlechterung des ärztlichen Angebots bringen. Ein zentrales Anliegen bleibt für den Vorstand die Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Für eine notwendige Anpassung der Bedarfsplanung setzt sich die KVB auf Bundesebene weiterhin entschieden ein.

Kritisch äußerte sich der Vorstand zur aktuellen Entwicklung im Bereich der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), insbesondere zur Bewerbung von DiGA-Verordnungen durch Telemedizin-Anbieter in Videosprechstunden.

Dr. phil. Axel Heise (KVB)



VV-Vorsitzende Dr. med. Petra Reis-Berkowicz bei der Begrüßung der Delegierten.



Wie immer standen für die VV-Mitglieder zahlreiche Anträge zur Abstimmung.



Ein wichtiger Part in der Vertreterversammlung: Der Bericht des KVB-Vorstands zur politischen Lage.

„Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“

Im Rahmen einer feierlichen Abendveranstaltung fand am 3. Juli in der KVB in München die Eröffnung der Wanderausstellung „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“ statt. Rund 80 geladene Gäste aus Politik, Wissenschaft und Selbstverwaltung waren an diesem hochsommerlichen Gewitterabend in die Eisenheimerstraße gekommen, um die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) konzipierte Ausstellung zur unrühmlichen Rolle ihrer Vorgängerorganisation, der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD), während des Nazi-Terrors zwischen 1933 und 1945 zu würdigen.

Hausherr und Vorstandsvorsitzender **Dr. med. Christian Pfeiffer** betonte in seiner Begrüßung – auch im Namen seiner beiden Vorstandskollegen Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp – dass gerade in einer Zeit, in der Antisemitismus und Ausgrenzung erneut zunehmen, es die Pflicht der Selbstverwaltung sei, Haltung zu zeigen und Verantwortung zu übernehmen, damit die düstere Zeit, in der Ärzte eine schreckliche Rolle übernommen hatten, nicht in Vergessenheit gerät. Die Ausstellung der KBV mahne zum Erinnern.

Mitinitiatorin **Dr. med. Petra Reis-Berkowicz**, Vorsitzende der Vertreterversammlung von KVB und KBV, bedankte sich bei den anwesenden Gästen für ihr Kommen: „Es ist ein wichtiges, ein deutliches, ein klares Zeichen, dass Sie alle heute hier sind, um die Ergebnisse des von der KBV beauftragten Forschungsprojekts zur Aufarbeitung der Geschichte ihrer Vorgängerorganisation im Nationalsozialismus zu würdigen.“ Reis-Berkowicz beschrieb die historischen Funde in den Archiven der KBV in Köln und Berlin, teils eingelagert, teils zufällig entdeckt, stumme „Zeitzeugen“, die mahnten und auf ihre Veröffentlichung warteten. Mehrere Jahre lang sichteten und erschlossen Wissenschaftler des Zentrums für Antisemitismusforschung der Technischen Universität Berlin (TU Berlin) im Auftrag der Vertreterversammlung der KBV die umfangreichen Aktenbestände der KVD. Dabei wurde das größtenteils unveröffentlichte Quellenmaterial zunächst in einer Datenbank erfasst und anschließend ein Teil für die Wanderausstellung „Systemerkrankung“ multi-

medial aufbereitet. Diese Ausstellung so Reis-Berkowicz, zeige Lebensgeschichten, die zutiefst berührten. „Hinter jedem dieser Schicksale steckte System: eine menschenverachtende Ideologie gepaart mit bürokratischer Gründlichkeit und pervertiertem Agieren von Ärztinnen und Ärzten. Die nichtjüdische Ärzteschaft Deutschlands hat große Schuld auf sich geladen, indem sie sich an der Entrechtung und Vertreibung ihrer jüdischen Kollegen beteiligte, sie aktiv forcierte und davon profitierte. Was damals geschah, geschah nicht im Verborgenen. Jeder, der ärztliche Publikationsmedien oder überhaupt nur Zeitungen las, konnte es wissen.“

Wissen und trotzdem wegschauen – auch die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, **Judith Gerlach** – prangerte diese Haltung an. Per Videobotschaft mahnte sie, die Gräueltaten des Nationalsozialismus nicht in Vergessenheit geraten zu lassen und stattdessen weiterhin zu forschen. „Die Ereignisse müssen bis ins Detail offengelegt und aufgearbeitet werden.“ Genau darin liege der große Verdienst dieser Ausstellung und ihrer Macher, so die Ministerin. „Die Ausstellung beleuchtet Bereiche, die bisher eher im Dunkeln lagen. Besonders die verschiedenen Institutionen der Selbstverwaltung wurden in den Fokus gerückt, ohne die Verantwortung des Einzelnen aus dem Blick zu verlieren.“

Im Anschluss hatte **Dr. med. Josef Schuster**, Präsident des Zentralrats der Juden in Deutschland, das Wort. Er lobte die Ausstellung, sie sei eine kritische Auseinandersetzung mit der Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus und „ein Zeichen gegen Geschichtsklitterung, gegen Mythen und Zerrbilder.“ In der Nachkriegszeit habe man lange verleugnet, dass auch – oder gerade – Wissenschaftler in die Verbrechen der NS-Zeit verstrickt waren. „Viele Täter waren während und eben auch nach dem Krieg Professoren und haben nahtlos weiter wissenschaftlich publiziert. Die damaligen Mythen hatten die Funktion, das eigene – positive – Bild des Berufsstands aufrechtzuerhalten. Dabei war die ganze Berufsgruppe verstrickt: 55 bis 64 Prozent waren Mitglied in der NSDAP. 1933 gab es zirka 7.000 jüdische Ärzte im Deutschen Reich, für die die Lage auch schon vor 1933 schwer war. Nach

dem Entzug ihrer Approbation im Jahr 1938 wurden sie zu Krankenbehandlern degradiert.“ Lange Jahrzehnte, so Schuster weiter, wurde über die Rolle der Ärzteschaft in der damaligen Zeit der Mantel des Schweigens ausgebreitet. „Umso mehr gilt mein Dank der KBV, der KVB und der TU Berlin, dass sie sich mit dieser Rolle im Rahmen des Forschungsprojekts und der Ausstellung kritisch und mit großer Aufrichtigkeit auseinandergesetzt haben.“

Als weiterer Programmpunkt folgte der Vortrag „Alltägliche Entmenschlichung: Medizin und Vertragsärzteschaft im Nationalsozialismus“ von **PD Dr. phil. Mathias Schütz** vom Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU München. Anhand von unzähligen Zeitungsausschnitten aus der damaligen Zeit schilderte Schütz eindrucksvoll, wie Ärztezeitungen und Ärzteblätter immer mehr zum Gatekeeper der Gleichschaltung wurden und mit ihrem Sprachjargon Rassismus, medizinische Entmenschlichung und entmenslichende Versachlichung betrieben.

Zum Schluss hatte **Sjoma Liederwald**, Historiker an der TU Berlin und einer der beiden Kuratoren der Ausstellung das Wort. Auch er ging noch einmal auf die Entstehung des Projekts ein, bevor er die anwesenden Gäste durch die Ausstellung begleitete. Unter anderem verriet er, dass es bei der Erschließung des Archivs einige Überraschungen gab. Zum Beispiel wurde ein mit der Aufschrift „Juden“ betitelter Ordner gefunden, der Dokumente aus der Zeit von 1934 bis 1943 enthält. Es geht dabei um Fragen wie: Wer ist arisch und wer nicht? „Der Ordner enthält Hinweise auf die Nürnberger Rassengesetze, es gibt interne Schriftstücke, aber auch Ausschnitte aus Gesetzesblättern und dem Deutschen Ärzteblatt. Es geht um die Diskussion, wie mit jüdischen Ärzten umzugehen ist.“ 1938 wurden jüdische Ärzte degradiert, indem man ihnen die vollständige Kassenzulassung entzog. Anschließend wurden einige als „Krankenbehandler“ wieder zugelassen, durften aber ausschließlich jüdische Patientinnen und Patienten behandeln.

Alle Informationen zur Wanderausstellung der KBV sowie Bilder der KVB-Eröffnungsfeier finden Sie unter www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitisches-engagement/wanderausstellung-systemerkrankung

Marion Munke (KVB)



Dr. Josef Schuster, Präsident des Zentralrats der Juden in Deutschland (Mitte), mit Dr. Peter Heinz, Dr. Petra Reis-Berkowicz, Dr. Christian Pfeiffer und Dr. Claudia Ritter-Rupp (von links).



Sjoma Liederwald, Kurator der Ausstellung (links), im Gespräch mit Dr. Mathias Schütz.



Für die Eröffnungsfeier wurde die Ausstellung im großen Sitzungssaal der KVB in München aufgestellt.

E-Learning „Antibiotika optimal verordnen“

Vor dem Hintergrund zunehmender Antibiotikaresistenzen und noch immer optimierbarer Verordnungsentscheidungen von Antibiotika setzt sich die KVB seit Jahren für eine rationale Antibiotikaverordnung ein. Der Fokus liegt darauf, das Bewusstsein für das Thema zu schärfen und eine Reflexion des eigenen Verordnungsverhaltens anzuregen.

Im Innovationsfondsprojekt (IF) ElektRA (Elektive Förderung Rationaler Antibiotikatherapie) mit Laufzeit 2021 bis 2024 wurde die Wirksamkeit verschiedener Ansprache- und Interventionsformen untersucht, um Hausärztinnen und -ärzte mit einem quantitativ und/oder qualitativ auffälligen Verordnungsverhalten (nachfolgend „auffällige Verordner“) von Antibiotika zu informieren und für das Thema zu sensibilisieren. Der Fokus lag insbesondere auf akuten Infektionen der Atem- oder Harnwege.

Am Projekt nahmen neun KV-Regionen teil, in denen nach der Datenlage „auffällige Verordner“ identifiziert wurden. Diese wurden unterteilt in eine Kontrollgruppe sowie drei Interventionsgruppen (IG).

- IG „A“ erhielt ein personalisiertes, grafisch aufbereitetes Feedback zum eigenen Verordnungsverhalten.
- IG „B“ bekam zusätzlich das Angebot für eine adressatengerechte Online-Fortbildung (E-Learning).
- IG „C“ wurde statt des E-Learnings ein spezieller Online-

Qualitätszirkel zur rationalen Verordnungspraxis und zielführenden Kommunikationsstrategien angeboten.

Das personalisierte, individuelle Verordnungsfeedback informierte darüber, wie sich das Verordnungsverhalten des jeweiligen Arztes relativ zur eigenen Fachgruppe in der Region darstellte. Dies wurde durch eine einfache Grafik dargestellt (siehe Abbildung). Zudem wurden mögliche Gründe für eine überdurchschnittliche Antibiotikaverordnungsrate genannt, da statistische Auffälligkeiten zum Teil auch medizinisch plausibel sein können.

positiven Veränderungen des Verordnungsverhaltens mit bis zu 15 Prozent ausgeprägter. Die Teilnehmer begrüßten die Flexibilität und die Pharma-Unabhängigkeit des Online-Angebots.

Vorbereitung auf die nächste Erkältungswelle

Das im Projekt ElektRA entwickelte E-Learning „Antibiotika optimal verordnen“ hat sich als wirkungsvoll, umsetzbar und vor allem attraktiv erwiesen und wird daher allen bayerischen Haus- und Fachärzten voraussichtlich ab September 2025 als Fortbildungsangebot

Beispielgrafik „Individuelles Verordnungsfeedback“



Quelle: Innovationsfondsprojekt ElektRA

Für alle Interventionsgruppen konnten statistisch signifikante Veränderungen des Verordnungsverhaltens nachgewiesen werden: Bereits durch das Anschreiben mit dem individuellen Verordnungsfeedback zum Verordnungsverhalten (Gruppe A) konnte eine Reduktion der Antibiotikaverordnungsrate um zirka vier Prozent im Vergleich zur Kontrollgruppe erreicht werden. Nahmen die Ärzte aus IG „B“ und IG „C“ an der angebotenen Fortbildung teil, waren die

über die Akademie für medizinische Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) und der KV Westfalen-Lippe zugänglich sein. Inhaltliche Komponenten der Module sind Leitlinien Update, Antibiotika im patientenzentrierten Gespräch, Alltagsstrategien in der Praxis – Tipps und Tricks sowie ein Blick über den Tellerrand. Das E-Learning nutzt vor allem themenbezogene Videos, ergänzt durch interaktive Aufgaben und klassische Lernerfolgskontrollen via

Fortbildung „Antibiotika optimal verordnen“ (2025) auf der Lernplattform der Akademie für medizinische Fortbildung

	Schweregradklasse	Primärtherapie	Alternativtherapie
<ul style="list-style-type: none"> Jeweils + Makrolid für 3 Tage Bettlägerigkeit Chronische Herzinsuffizienz Brocheaktasen ZNS-Erkrankungen mit Schluckstörungen Moxifloxacin Azithromycin PEG Doxycyclin Amoxicillin/Clavulansäure Ciprofloxacin Penicillin Diabetes Piperacillin/Tazobactam Autoimmunerkrankungen Asthma Ampicillin/Sulbactam Cefuroxim Ceftriaxon Cefotaxim 	Leichte Pneumonie ohne Komorbiditäten (orale Therapie)	Amoxicillin 0/1	Clarithromycin 0/5
	Leichte Pneumonie mit definierter stabiler Komorbidität (orale Therapie)	Amoxicillin/Clavulansäure	0/2
	Mittelschwere Pneumonie (in der Regel Sequenztherapie i.v. danach Umstellung auf orale Therapie)	Ggf. + Makrolid für 3 Tage	0/2
	Schwere Pneumonien (Beginn immer i.v., Sequenztherapie prinzipiell möglich)	Keine Monotherapie bei septischem Schock	0/2
	Mülleimer		

Interaktive Tabelle zur Veranschaulichung der S3-Leitlinie via Drag&Drop - manche Objekte sind mehrfach zu verwenden, andere können aus der Tabelle in den „Mülleimer“ verschoben werden.

Quelle: Innovationsfondsprojekt ElekTRA

multiple-choice-Fragen. Als besonders nützlich schätzten die bisherigen Teilnehmer die Module „Akuter Atemwegsinfekt“, „Harnwegsinfekt“ und „Halsschmerzen“ ein. Für das E-Learning sind für jedes der acht Module zwei CME-Punkte möglich.

Ein Blick über den ElekTRA-Tellerrand

Weitere Informationen zu Antibiotika-Verordnungen finden Sie auf der Themenseite Arzneimittel unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/arzneimittel sowie im Themenbereich Verordnung unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen. Zudem bestehen selektivvertragliche Vereinbarungen über Vor-Ort-Schnelltests mittels CRP-Messgerät mit der AOK Bayern und der DAK Gesundheit, zu finden unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/foerderung-crp-bestimmung.

Das Robert Koch-Institut (RKI) erforschte im Innovationsfondsprojekt RedAres unter anderem die

aktuelle Erreger- und Resistenzsituation bei unkomplizierten Harnwegsinfekten (HWI) in fünf KV-Regionen. Die Ergebnisse zeigen nur geringe Resistenzunterschiede zwischen den Regionen. Die Resistenzanteile von rezidivierenden Harnwegsinfekten lagen in Bezug auf Antibiotika der ersten Wahl im Vergleich zu einmaligen Episoden auf einem ähnlichen, aber eher

höheren Niveau. Bei Antibiotika der zweiten Wahl waren die Unterschiede deutlicher ausgeprägt: Gegenüber Trimethoprim und Cotrimoxazol war der Resistenzanteil mit 24 Prozent beziehungsweise 22 Prozent signifikant höher als bei einmaligen Episoden.

Hanna Schürckämper (KVB)

Praxisspezifischer Antibiotikabericht in „Meine KVB“

Bereits seit 2019 stellt die KVB für Allgemeinärzte, Dermatologen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Kinder- und Jugendärzte und Urologen quartalsweise einen praxisspezifischen Antibiotikabericht zur Verfügung. Der Bericht kann unkompliziert über „Meine KVB“ unter www.kvb.de/mitglieder abgerufen werden.

Haben Sie Fragen?

Die Mitarbeiter der KVB unterstützen Sie gerne.

- Bei konkreten Verordnungsfragen erreichen Sie unser Zentrales Servicecenter unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 400 10
- Bei Beratungsbedarf (zum Beispiel zur Analyse des Verschreibungsverhaltens, Einsparpotenzialen, Arzneimittelregress und Beratung gemäß Onkologie-Vereinbarung) stehen Ihnen unsere Verordnungsberater in den regionalen Beratungszentren zur Verfügung.

Sozialgericht entscheidet zu Videodienst Anbietern



Das Sozialgericht München hat sich im April dieses Jahres mit der Rolle von Videodienst Anbietern im Rahmen der Videosprechstunde befasst. KVB FORUM hat die wichtigsten Punkte der Entscheidung zusammengefasst und erklärt, was diese Rechtsprechung für die Praxen bedeutet.

Telemedizin als Ergänzung zur medizinischen Versorgung in Präsenz hat das Potenzial, Ressourcen der Ärzteschaft zu schonen und Wartezeiten für Versicherte zu verringern. Und zwar indem sie dabei hilft, Arbeitszeit flexibler zu nutzen, Patienten in geeigneten Fällen schnell zu helfen und diese – bei Bedarf – in die richtige Versorgungsebene zu lenken.

Zur Sicherstellung eines rechtskonformen Einsatzes sind die vertragsarztrechtlichen Vorgaben des SGB V und insbesondere die bundesmantelvertraglichen Regelungen (Anlagen 31b, 31c und Anlage 1 BMV-Ä) sowohl vom Videoanbieter selbst als auch von der Ärzteschaft zu beachten. Sie gelten uneingeschränkt für Behandlungen von GKV-Versicherten im Kollektivvertrag genauso wie in möglichen Selektivverträgen.

Rolle der privaten Videodienst-anbieter

Private Videodienstanbieter, die ihre Dienste in der vertragsärztlichen Versorgung anbieten, müssen zertifiziert sein. Ihre Mitwirkung an der ambulanten Versorgung der gesetzlich Versicherten beschränkt sich allein auf die technische

Durchführung der Videosprechstunde.

Konzepte von Videodienstleistern, die über das Bereitstellen der Technik hinausgehen, begegnen erheblichen Bedenken. So hat das Sozialgericht München am 29. April 2025 entschieden, dass das Angebot der TeleClinic GmbH einschließlich ihrer Werbung in wesentlichen Teilen rechtswidrig ist, soweit die Videosprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung (Regelversorgung) stattfinden, und in der Konsequenz bestimmte Vorgehensweisen verboten.

Verbote und ihre Konsequenzen

Die TeleClinic GmbH darf

- den Ärzten keine eigene Patientenakte (Dokumentationsordner auf dem Server der TeleClinic) zur Dokumentation zur Verfügung stellen.
- Ärzte sollten daher ihre Behandlungen immer in ihrem eigenen PVS dokumentieren.
- kein Dienstleistungsangebot bewerben/betreiben mit Zugang für Patienten mit **zwingender** Registrierungspflicht (Verstoß gegen Anlage 31b BMV-Ä).
- kein Dienstleistungsangebot bewerben/betreiben **ohne** die zur Verfügung stehenden Ärzte sichtbar und auswählbar für den Patienten zu machen.
- Es gilt der Grundsatz der freien Arztwahl. Der Patient muss sich den Arzt selbst aussuchen können und nicht umgekehrt.
- Symptomschilderungen anhand von Fragebögen nur unter be-

stimmten Voraussetzungen abfragen. Die Fragebögen

- müssen für den Patienten freiwillig sein,
- dürfen an den behandelnden Arzt nur weitergeleitet werden, wenn der **Patient nach Beginn der Videosprechstunde** zustimmt,
- dürfen keine medizinische Vorprüfung ohne Mitwirkung des behandelnden Arztes sein, bei der eine bestimmte Fachrichtung empfohlen wird.

Hiervon zu unterscheiden sind die Regelungen der Anlage 31c BMV-Ä, hier insbesondere Paragraph 9 Absatz 2. Danach muss der Vermittlung der Videosprechstunde bei unbekanntem Patienten ab dem 1. September 2025 ein strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren vorausgehen, wenn sich Vertragsärzte zur Durchführung der Videosprechstunde Terminvermittlungslösungen bedienen. Dies betrifft Angebote der KVen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und auch kommerzieller Videodienstanbieter. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben dazu in einer Anlage 1 zur Anlage 31c BMV-Ä Anforderungen an Ersteinschätzungssysteme definiert. Ein Beispiel für ein solches System ist das im KV-Bereich bekannte System „SmED“.

Für die **Ärztenschaft** ist darüber hinaus von besonderer Bedeutung:

- Die **Nutzungsbedingungen** der TeleClinic **für Ärzte** sind teilweise rechtswidrig insoweit, als es Ärzten nach den Grundsätzen der Vertragsfreiheit freigestellt wird, ob sie die Behandlung des jeweiligen Patienten über die Ferne wahrnehmen oder nicht. Vertragsärzte dürfen nur in engen Ausnahmefällen die Behandlung von Patienten ablehnen (Paragraf 13 Absatz 7 BMV-Ä). Wer sich also als behandlungsbereit bei der TeleClinic anzeigen lässt, muss bei Buchung durch den Patienten grundsätzlich auch behandeln. Verstöße hiergegen können disziplinarisch geahndet werden.
- Der TeleClinic ist **untersagt**, ein **Nutzungsentgelt** von teilnehmenden Ärzten zu fordern, das ausschließlich auf jeweils abgerechnete und mittels TeleClinic-Videosprechstunde erbrachte vertragsärztliche Leistungen abstellt. Das Sozialgericht München sieht hierin eine unzulässige Zuweisung gegen Entgelt, Paragraf 31 BayBO. Aus diesem Grund ist es der TeleClinic auch nicht erlaubt, Abrechnungsziffern der Ärzte zu speichern. Es dürfen grundsätzlich nur noch Daten gespeichert werden, die für die technische Durchführung der Videosprechstunde zwingend erforderlich sind. Verstöße gegen solche Absprachen können gegenüber den Ärzten berufsrechtlich geahndet werden.
- Die den Ärzten abverlangte **Delegationsvereinbarung** entspricht nicht den Anforderungen der Anlage 24 BMV-Ä und ist damit rechtswidrig. Es ist nicht erkennbar, wie die geforderte Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht gegenüber den von der TeleClinic GmbH

eingesetzten Telemedizinischen Assistenten eingehalten werden kann. Der Arzt hat keine Möglichkeit, selbst auszuwählen, welcher für ihn tätig werden soll.

Die dem Konzept der TeleClinic zugrundeliegenden **Nutzungsbedingungen** für **GKV-Versicherte** sind ebenfalls in Teilen rechtswidrig:

- Videodienstanbieter dürfen GKV-Versicherte nicht grundlos von der Nutzung der Plattform oder App ausschließen.
- Für die Nutzung der Plattform zur vertragsärztlichen Behandlung per Videosprechstunde darf keine Gebühr vom Versicherten gefordert oder zukünftig eingeführt werden. GKV-Versicherte haben auch hier einen Sachleistungsanspruch, weil sich Telemedizinanbieter mit Angeboten für GKV-Versicherte tief im vertragsarztrechtlichen Raum bewegen.

Letztlich stuft das Sozialgericht München auch einige Werbeausagen wegen Verstoßes gegen das Heilmittelwerbeengesetz oder wegen unzulässiger Irreführung nach UWG (Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb) als rechtswidrig ein.

Weitere Bedeutung der Verbote für die Ärzte

1. Die ergangenen Verbote gelten **ab Verkündung** am 29. April 2025, auch wenn das Urteil des Sozialgerichts München noch nicht rechtskräftig ist. Auch die gegen das Urteil eingelegte Berufung ändert daran nichts; sie hat keine aufschiebende Wirkung.
2. Das Urteil betrifft nur **GKV-Patienten mit Wohnsitz in Bayern**, da die KVB nur für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern



gesetzlich zuständig ist. Das heißt auch, dass die Verbote Vertragsärzte außerhalb Bayerns betreffen, die bayerische Versicherte telemedizinisch behandeln wollen. Die den Verboten zugrundeliegende Rechtslage ist zudem in allen Bundesländern gleich, auch wenn es dort noch keine vergleichbaren Urteile gibt. Es besteht daher die Gefahr, dass sich Ärzte auch bei der Behandlung von außerbayerischen GKV-Patienten dem Vorwurf des rechtswidrigen Handelns aussetzen, wenn das beanstandete TeleClinic-Konzept unverändert fortgeführt wird.

Der Ärzteschaft ist zu empfehlen, vor Nutzung von Angeboten kommerzieller Videodienstleister die der Vertragsbeziehung zugrundeliegenden Verträge genau zu prüfen. Sollten Regelungen enthalten sein, die vom Gericht bereits als rechtswidrig bewertet wurden, sollte von einer Nutzung Abstand genommen werden. Alternativ sollten Ärzte zu privatrechtlichen Verträgen vor vertraglicher Bindung Rechtsrat einholen. Individuelle Rechtsberatung zu privatrechtlichen Verträgen ist der KVB hingegen nicht gestattet.

Das Urteil des Sozialgerichts München ist mittlerweile veröffentlicht und unter <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/entscheidungen/abrufbar>.

*Helga Trieb, Sebastian Schmidt
(beide Rechtsabteilung der KVB)*

Was kann KIM? – Drei Erfahrungsberichte

Die dritte Folge unserer KIM-Serie lässt drei Anwenderinnen zu Wort kommen, die nicht nur von ihren Erfahrungen berichten, sondern ihren Kolleginnen und Kollegen auch praktische Tipps geben.

Frau Dr. Kollmer, Frau Dr. Kürmayer, Frau Dr. Maier, welche KIM-Anwendungen werden von Ihnen derzeit genutzt und welche Erfahrungen haben Sie bislang damit gemacht?

Dr. Margit Kollmer: In unserer hausärztlich ausgerichteten Praxis nutzen wir KIM-Anwendungen täglich und sehr gezielt, vor allem den eArztbrief, die eAU, das eDMP, die eNachricht sowie die 1-Click-Abrechnung. Gerade bei einer großen Zahl an Patientenkontakten ist ein reibungsloser Informationsfluss entscheidend – hier leisten diese digitalen Anwendungen einen wertvollen Beitrag zur Entlastung des Teams. Sie ermöglichen eine strukturierte, schnelle und sichere Kommunikation, etwa mit Fachärzten oder der Krankenkasse. Kleinere Störungen kommen zwar vor, insgesamt funktioniert der Alltag aber sehr gut. Besonders die Kombination aus einfacher Handhabung und Zeitersparnis ist für uns ein echter Gewinn.

Dr. Stephanie Kürmayer: Aktuell nutzen wir in unserer neurologisch-psychiatrischen Facharztpraxis alle KIM-Anwendungen mit Ausnahme der ePA, eDMP und der 1-Click-Abrechnung – Letztere ist aber in

Vorbereitung. Die Anwendungen erleichtern unseren Praxisalltag deutlich. Problematisch bleibt, dass nicht alle Kolleginnen und Kollegen KIM einsetzen, sodass Dokumente teils doppelt versendet werden müssen. Insgesamt profitieren wir durch schnellere Abläufe und positive Rückmeldungen von unseren Patientinnen und Patienten.

Dr. Elisabeth Maier: Auch in unserer gynäkologischen Praxis nutzen wir seit Einführung der KIM die Anwendungen eAU, eArztbrief und die 1-Click-Abrechnung. Insbesondere der elektronische Arztbrief ist für uns eine gute und sichere Lösung, den zuweisenden Kollegen die Informationen zeitnah zukommen zu lassen, bevor deren Patientinnen wieder zur Kontrolle kommen. Das gelingt mit dem Arztbrief per Post nicht. Die Fax-Übermittlung spielt bei uns keine Rolle mehr, da die Dokumentenqualität zur Übertragung der Befunde in die Patientenakte zu schlecht ist.

Können Sie mit dem KIM-Postfach im Praxisalltag gut arbeiten? Welches Praxisverwaltungssystem (PVS) haben Sie und sind Sie mit seiner KIM-Umsetzung zufrieden?

Kürmayer: Wir setzen das PVS-System Medatixx ein und sind grundsätzlich zufrieden. Vor allem das KIM-Postfach schafft im Praxisalltag eine Erleichterung. Verbesserungsbedarf sehen wir allerdings bei der

Dr. med. Margit Kollmer – Fachärztin für Allgemeinmedizin – betreibt ihre Praxis in Velden. Sie ist außerdem Bezirksvorsitzende des BHÄV für Niederbayern.



„KIM hat großes Potenzial, gerade für die ambulante Versorgung älterer und multimorbider Patienten.“

Dr. med. Elisabeth Maier ist Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und hat ihre Praxis in München.



„Die KVB sollte die Vorteile für die Praxen konkreter darstellen.“

Anpassung an die speziellen Anforderungen einer neurologisch-psychiatrischen Facharztpraxis. Dies thematisieren wir regelmäßig mit dem Anbieter, um individuelle Lösungen wie Textbausteine oder Vorlagen zu etablieren.

Maier: Wir nutzen aktuell noch das PVS Turbomed®, werden aber auf T2med® wechseln, da gerade die KIM-Anwendungen nicht gut umgesetzt wurden. Der Support unterstützt die neuen Applikationen nur bedingt. Ich habe die Vermutung, dass hier wenig Interesse an der Entwicklung einer zukunftsfähigen Lösung besteht. So funktioniert beispielsweise beim Versand von Dokumenten mit dem elektronischen Arztbrief die Konvertierung von Anhängen in PDF-Files nicht. Ich wünsche mir zusammen mit der Freischaltung einer neuen Applikation eine Anleitung und Schulung des PVS-Anbieters. Bislang gelang das nur in langen Telefonaten mit dem lokalen Support des PVS. Meiner Meinung nach liegt das Problem, dass einige Kollegen die Nutzung des elektronischen Arztbriefs ablehnen, auch darin, dass die Praxisteams nicht in die korrekte Anwendung eingeführt wurden.

Kollmer: Wir arbeiten mit dem PVS PegaMed und sind mit der Integration des KIM-Postfachs sehr zufrieden. Für unseren arbeitsintensiven Praxisalltag ist es entscheidend, dass Nachrichten schnell sichtbar und ohne Umwege bearbeitet werden können. Genau das leistet das System: Eingehende KIM-Nachrichten sind sofort erkennbar, was uns hilft, effizient zu handeln – gerade bei Rückfragen oder dringenden Dokumenten. Wir empfinden die technische Umsetzung als ausgereift, insbesondere im Vergleich zu Praxen, die mit weniger benutzerfreundlichen Systemen arbeiten. Zusätzlich stehen wir in regelmäßigem Aus-

tausch mit unserem Anbieter, um das System weiter zu optimieren.

Was würden Sie sich in Hinblick auf die intersektorale Nutzung und Weiterentwicklung von KIM in Zukunft wünschen?

Maier: KIM ist eine zeitgemäße und notwendige Anwendung, die weiterentwickelt werden muss. Allerdings ist der Schulungsbedarf aller im System beteiligten Nutzer hoch. Die KVB sollte die Vorteile für die Praxen konkreter darstellen und die Grundlagenanwendung erklären. Die PVS-Anbieter müssen den Nutzern sinnvolle Schulungen anbieten und sich nicht nur auf YouTube-Videos beschränken. In den Praxen arbeiten immer noch viele Personen, die mit IT-Anwendungen wenig vertraut sind und diese vermeiden möchten.

Kürmayer: Für die Zukunft wünschen wir uns eine verpflichtende, einheitliche Nutzung von KIM durch alle Ärztinnen und Ärzte – mit angemessener finanzieller Unterstützung. Wichtig wäre zudem eine bessere Anbindung an stationäre Einrichtungen, um den Informationsaustausch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu verbessern. So könnten Doppelstrukturen vermieden und der administrative Aufwand für alle Beteiligten reduziert werden.

Kollmer: Als Hausarztpraxis mit viel Kontakt zu Altenheimen und einem Hospiz wünschen wir uns für die Zukunft, dass diese Einrichtungen KIM aktiv in ihren Alltag integrieren. Der Austausch mit Pflegeheimen läuft bisher oft noch per Fax – diese Art der Kommunikation ist aber veraltet, langsam und störanfällig. Eine sektorenverbindende Nutzung von KIM würde uns die Arbeit enorm erleichtern: Verordnungen, Rückfragen oder Arztbriefe könnten schneller, sicherer und nachvollziehbar übermittelt werden. Wir sehen in KIM großes Potenzial, gerade für die ambulante Versorgung älterer und multimorbider Patienten. Unser Ziel ist eine flächendeckende Nutzung – einfach, sicher, verbindlich, und endlich ohne Faxgeräte.

Ihnen allen vielen Dank für das Gespräch!

Interview Anja Narat (KVB)



Die Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. Stephanie Kürmayer ist in Freilassing niedergelassen.

„Wichtig wäre eine bessere Anbindung an stationäre Einrichtungen.“

ePA für alle: Das sagen die Praxen

Die „ePA für alle“ steht nicht nur in der Berichterstattung der einschlägigen Fachpresse im Fokus, sondern zunehmend auch der Publikumspresse. Teilweise werden dort auch – bei aller berechtigten Kritik – unqualifizierte Urteile gefällt. Grund genug also, bei denen nachzufragen, die die ePA in ihrer täglichen Arbeit bereits intensiv nutzen. KVB FORUM hat sich in einer Hausarzt-, einer Facharztpraxis und zwei psychotherapeutischen Praxen umgehört.

Herr Dr. Offenberger, wie lief die Einrichtung der ePA ab und wie haben Sie sich an die Nutzung herangetastet?

Wir sind gleich am ersten Tag des bundesweiten „ePA-Rollouts“, am 29. April 2025 an den Start gegangen. Erfreulicherweise war unser PVS, also unser Praxisverwaltungssystem, hierfür bestens vorbereitet. Im Vorfeld hatten wir uns im Handbuch die notwendigen ersten Schritte zum Umgang mit der ePA vor Augen geführt und im Team besprochen. Zudem konnten wir von einem Kollegen, der vorher als ePA-Testpraxis für das gleiche PVS fungierte, nützliche Tipps erhalten und dadurch unnötige Ängste entkräften. Eine spezielle Einrichtung war eigentlich nicht notwendig, da das PVS per Zwischen-Update bestens gerüstet war. Im Vorfeld hatte ich unsere Patienten sowohl über die Praxis-Website als auch per Plakataushang in den Praxisräumen über die ePA informiert.



Dr. med. Wolfgang Offenberger betreibt mit seinen Kolleginnen und Kollegen das „Hausarztzentrum Versbach“ in Würzburg.

Was funktioniert bisher gut und wo sehen Sie noch Verbesserungsbedarf?

Wir haben großes Glück, dass die ePA in unserem PVS sehr gut und intuitiv gelöst ist, was wohl nicht selbstverständlich ist. Für uns als hausärztliche Praxis ist das reibungslose Hochladen von Dokumenten sehr wichtig, um diese den spezialisierten Facharztpraxen zur Verfügung zu stellen. Das funktioniert bei uns beim Medikamentenplan sehr gut, bei Laborwerten etwas umständlicher. Hier würde ich mir wünschen, dass über intelligente Verknüpfungen kurzfris-

tig die Anzahl der Klicks reduziert wird. Mittelfristig erhoffe ich mir, dass die Laboratorien bei ePA-Einverständnis die erhobenen Laborwerte automatisiert in die ePA hochladen müssen. Auch gibt es öfter mal Inkompatibilitäten beim Abgleichen des Medikamentenplans. Aber ich bin zuversichtlich, dass diese kleinen Anfangsfehler noch schrittweise verbessert werden.

Inwieweit konnte die ePA Sie in Ihrem Praxisalltag bereits unterstützen?

Ehrlich gesagt hat die ePA für uns selbst als hausärztliche Praxis bislang noch keinen nennenswerten Mehrwert gebracht, was sich mit zunehmender Nutzung aber sicher noch ändern wird. Aktuell haben wir in der ePA nur selten von anderen Praxen bereits eingestellte Dokumente vorgefunden. Kürzlich hatte ich aber während der Vertretung für eine benachbarte Hausarztpraxis tatsächlich einen großen Mehrwert: Die in der ePA hochgeladenen Medikamentenpläne und Laborverlaufswerte hatten im akuten Krankheitsfall die Interpretation der selbst erhobenen Laborwerte deutlich erleichtert. Oft ist es so, dass Patientinnen und Patienten in solchen Vertretungsfällen die Laborwerte oder Medikamentenpläne nicht zur Hand haben.

Welchen Tipp können Sie Kolleginnen und Kollegen geben, die erst kürzlich mit der Nutzung der „ePA für alle“ gestartet sind oder das noch vor sich haben?

Die ePA wird nicht verschwinden, also muss man sich damit auseinandersetzen: keine Angst haben, schrittweise starten und erste Erfahrungen sammeln, das Praxisteam und die Patienten miteinbeziehen. Sicher nützt es, sich mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen, die das gleiche PVS nutzen und auch mit seinem PVS-Anbieter sollte man sprechen, um Verbesserungsvorschläge anzubringen.

Herr Dr. Offenberger, vielen Dank für das Gespräch!

Dr. med. Hendrik Bachmann ist Kardiologe und ärztlicher Leiter des „MVZ obere Königstraße“ der Sozialstiftung Bamberg, Katharina Amon arbeitet dort als Teamleiterin der Medizinischen Fachangestellten (MFA).

Herr Dr. Bachmann, wie lief der ePA-Start in Ihrer Facharztpraxis?

Dr. Hendrik Bachmann: Als kardiologische und pneumologische Fachärzte hatten wir von vornherein ein hohes Interesse an der ePA, da wir selten Befunde von den Hausärzten zur Beurteilung eines Patienten erhalten. Das Nachfordern von Befunden per Fax oder Telefon war für uns ein langjähriges, aber normales Manko. Daher haben wir bereits am 15. Januar dieses Jahres Druck auf unseren PVS-Hersteller ausgeübt, konnten aber erst im April, nach Implementierung der Funktion, mit der ePA anfangen.

Das Erscheinungsbild der ePA hängt natürlich sehr stark vom Hersteller der Software ab. In unserem PVS ist die Funktion der ePA sehr eingeschränkt, Befunde aus dem Labor oder Medikamentenpläne lassen sich nicht mit einem Mausklick direkt in die Akte einstellen, Arztbriefe hingegen schon. Da wir eine der ersten Praxen in der Gegend waren, die mit der ePA gearbeitet haben, war die Akte meistens fast leer. Allerdings war sie oftmals bereits vorbefüllt mit den Verordnungsdaten (Rezepte und Verordnungen), die im Einzelfall sehr weitergeholfen haben. In den letzten Wochen sehen wir in der ePA dagegen mehr Inhalte und haben auch begonnen, Arztbriefe oder Laborbefunde aus anderen Praxen via ePA in unser PVS zu integrieren.

Frau Amon, wie haben Sie sich an die Nutzung der ePA herangetastet?

Katharina Amon: Die Einrichtung verlief bis auf wenige technische Hürden reibungslos. Durch Informationsvideos für unser PVS und Informationsbroschüren der gematik konnten wir uns vorab mit dem Thema vertraut machen. Das Bearbeiten und Befüllen der ePA haben wir als festen Bestandteil in den Aufgabenbereich der Medizinischen Fachangestellten integriert.

Wie kommen Sie mit der ePA in Ihrem Praxisverwaltungssystem zurecht?

Bachmann: Zunächst muss vorausgeschickt werden, dass wir mit einem eher alten PVS arbeiten. Das System wird inzwischen vom Her-

steller nicht mehr vertrieben, entsprechend ist der Support in unserer Programmversion eher verhalten. Sprechen wir von der ePA, so sprechen wir von sehr unterschiedlichen Erscheinungsformen, je nach Hersteller und je nach Unterstützung durch ihn. Dass wir beispielsweise unsere Labordaten nicht hochladen können, ja nicht einmal einen Medikamentenplan, sondern umständlich derartige Dokumente erst in eine PDF-Datei umwandeln und dann hochladen müssen, ist keine Unzulänglichkeit der Akte, sondern der PVS-Software.

Die bisherige Version erlaubt uns die Einsicht von PDF-Dateien, von Verordnungsdaten und Abrechnungsdaten der Krankenkassen. Letztere haben übrigens den geringsten Informationswert. Wünschenswert und auch geplant ist die Einsicht in bildgebende Befunde, insbesondere CT-Befunde oder andere Röntgenbilder. Von besonderer Bedeutung ist die baldige Integration der Kliniken, die wegen ihrer Krankenhausinformationssysteme offensichtlich viel mehr Probleme haben, die Funktion der ePA sicher zu integrieren, als die Praxen. Aus unserer Sicht ist es beschämend, dass die Hersteller von Krankenhausinformationssystemen bis heute zum Teil Lösungen anbieten, die nicht funktionieren.

Inwieweit konnte die ePA Sie in Ihrem Praxisalltag unterstützen, welche Inhalte finden Sie besonders hilfreich?

Bachmann: Gegenwärtig finden wir noch wenig Unterstützung durch die ePA. Wir sehen aber ein großes Potenzial, sobald mehr Praxen ihre Befunde in die Akte integrieren, insbesondere wenn endlich die Kliniken angeschlossen sind. Besonders hilfreich wären Krankenhaus-Entlassungsbriefe. Wir warten ungeduldig.

Amon: Wir erhoffen uns in Zukunft, dass telefonische Befundanforderungen und das Fehlen von Vorbefunden durch eine gefüllte ePA reduziert werden. Eine Übersicht



Hendrik Bachmann rät seinen Kolleginnen und Kollegen, mit der ePA niederschwellig anzufangen.

Katharina Amon hatte einen fast reibungslosen Start der ePA in Ihrer Praxis.



von wichtigen Befunden ist für eine optimale Behandlung der Patienten und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen sehr wichtig.

Welchen Tipp können Sie Kolleginnen und Kollegen geben, die erst kürzlich mit der Nutzung der „ePA für alle“ gestartet sind oder das noch vor sich haben?

Bachmann: Mein Vorschlag an die Kolleginnen und Kollegen wäre, niederschwellig anzufangen und die Funktion langsam wachsen zu lassen. Es genügt am Anfang, beispielsweise die Laborwerte oder einen eben geschriebenen Arztbrief mithilfe einer Software-Routine in die Akte zu laden. Natürlich ist diese Funktion delegierbar und je nach PVS automatisierbar. Als typisch deutsche Perfektionisten wollen wir immer alles gleich in Vollendung, sonst ist es schlecht. Aus Sicht unserer Praxis aber handelt es sich um ein – schon im Anfangsstadium – nützliches und wachsendes System. Wer früh dran ist, kann mit wenig Aufwand die Erstbefüllung einer ePA gesondert abrechnen. Hierbei stehen – ausnahmsweise – Aufwand und Ertrag in einem durchaus günstigen Verhältnis!

Herr Dr. Bachmann, Frau Amon, vielen Dank für das Gespräch!

Susanne Jäger sieht in der ePA großes Potenzial, wenn künftig mehr Inhalte verfügbar sind.

Unsere beiden interviewten Psychotherapiepraxen liegen beide in Franken: Dipl.-Psych. Susanne Jäger hat ihre Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Forchheim und Dr. phil. Hartwig Kulke betreibt seine Praxis für Neuropsychologie und Psychotherapie in Fürth.



Frau Jäger, Herr Dr. Kulke, wie lief bei Ihnen die Einrichtung der ePA ab?

Susanne Jäger: Meine Praxis war Teil der ePA-Pilotierungsphase und startete im Januar 2025 mit einem entsprechenden Software-Update meines PVS mit einer ersten Version der ePA-Funktionalitäten. Die technische Einrichtung lief in enger Abstimmung mit dem Projektbüro, anfängliche Probleme wurden durch den PVS-Hersteller jeweils rasch behoben. Seit etwa April 2025 läuft die Anbindung nun stabil. Ich

habe meine Abläufe angepasst und integriere seither die ePA proaktiv in Erstgespräche – inklusive ausführlicher Aufklärung der Patientinnen und Patienten, da die Krankenkassen ihrer Informationspflicht leider bisher zu wenig nachkommen.

Dr. Hartwig Kulke: Ich habe mich im Herbst letzten Jahres freiwillig bereit erklärt, an der Piloterprobung der ePA im Bereich Mittelfranken teilzunehmen. Die Beweggründe lagen zum einen in einer grundsätzlichen Offenheit gegenüber Modernisierungsmaßnahmen in der Kommunikation im Gesundheitsbereich, zum anderen aber auch in der Erwartung, dass ich dadurch in der Pilotphase ein besonderes Maß an Support erhalten würde. Die Einrichtung erfolgte Zug um Zug durch den Anbieter meines PVS. Die Fehlerbehebung erwies sich als außerordentlich zäh, sie gelang während der Pilotphase nur unvollkommen, sodass ein produktiver Umgang bis in den Juli 2025 hinein nur sehr begrenzt möglich war.

Wie kommen Sie aktuell mit der ePA in Ihrem Praxisverwaltungssystem zurecht?

Kulke: In der gegenwärtigen Praxis kann die Handhabung des Systems noch nicht als problemlos bezeichnet werden. In den meisten Fällen funktioniert der Aufruf der ePA gut und zügig, es treten jedoch immer noch Zugriffsfehler auf. Mehr Funktionsschliff ist zu wünschen. Bis jetzt besteht aus meiner Sicht eine problematische Lücke: Es ist mir nicht möglich, im PVS deutlich ersichtlich und mit sperrender Wirkung zu markieren, wenn mein Klient meine Berichte nicht in die ePA aufgenommen sehen möchte. Das ist dringend korrekturbedürftig.

Jäger: In meiner Praxis läuft die ePA-Anbindung gut, die Bedienung ist intuitiv und der Dokumenten-Upload lässt sich problemlos in den Praxisablauf integrieren. Verbesserungsbedarf sehe auch ich bei dem eben von Dr. Kulke genannten Aspekt: Aktuell fehlt eine technische Sicherung für Fälle, in denen Patientinnen und Patienten einer Nutzung in meiner Praxis widersprechen. Eine Sperrfunktion im PVS wäre hier sinnvoll – laut meinem Kenntnisstand ist eine Lösung aber in Arbeit.

Welche Inhalte der ePA finden Sie besonders hilfreich?

Jäger: Ich nutze die ePA bislang punktuell – besonders hilfreich ist die Medikationsliste, da viele Jugendliche ihre Medikamente und deren Dosierung nicht genau kennen. Bisher fehlen allerdings noch viele Befunde.

Im kinder- und jugendpsychotherapeutischen Bereich gibt es zudem besondere Herausforderungen wie eine unterschiedliche Haltung zur ePA bei geteiltem Sorgerecht oder die Eigenverantwortung ab 16 Jahren. Diese Themen erzeugen zusätzlichen Beratungsbedarf. Trotzdem sehe ich großes Potenzial, wenn künftig mehr Inhalte verfügbar sind und strukturelle Hürden besser berücksichtigt werden.

Kulke: Die bisherigen Vorteile für meine tägliche Arbeit sind überschaubar. Ich kann beispielsweise fachärztliche Nachweise für das Vorliegen einer neurologischen Erkrankung, die für die Abrechnung zulasten der GKV notwendig sind, direkt herunterladen und bin nicht auf fachärztliche Überweisungen oder Unterlagen der Klienten selbst angewiesen. Ich kann auch die Medikamentenliste durchschauen, um zu sehen, ob Präparate verordnet sind, die sich in meinem Fachgebiet besonders auswirken.

In diesem Kontext komme ich jedoch nicht umhin, auch gravierende Nachteile der ePA zu nennen, die sich mir zum großen Teil erst im täglichen Gebrauch erschlossen haben. Zum einen verlagert die ePA die Verantwortung für Schweigepflicht und Datenschutz innerhalb der medizinischen Leistungserbringer einseitig auf die Patienten selbst. Während ich bisher anderen Ärzten und Therapeuten gegenüber nur Auskunft geben durfte, wenn ich eine ausdrückliche Schweigepflichtentbindung meines Klienten hatte, muss der Patient jetzt aktiv werden, wenn er nicht möchte, dass ein anderer Arzt oder auch Apotheker ePA-Inhalte sehen können. Dies kann er beispielsweise zwar durch Verbergen oder eine Zugriffsbeschränkung erreichen, eine passive Haltung des Patienten führt aber dazu, dass die ePA-Inhalte grundsätzlich für einen potenziell großen Personenkreis einsehbar sind.

Zum anderen werden durch die ePA Arztbesuche gleicher Fachrichtung systemautomatisch offenbar. Das mag erwünscht sein, beeinflusst jedoch die Einholung einer Zweitmeinung negativ. Der Einwand, dass der Patient dies durch Blockade bestimmter Berichte in seiner ePA verhindern kann, verkennt, dass insbesondere ältere Klienten dazu vielfach technisch nicht in der Lage sein werden.

Zum dritten habe ich erst im Umgang mit der ePA erfahren, dass die Krankenversicherungen Erkrankungsverläufe mit gestellten Diagnosen in die ePA einstellen können. Äußerst kritisch sehe ich auch, dass jeder medizinische Leistungserbringer Informationen einsehen kann, die ihn möglicherweise gar nichts ange-

hen. Ein vor Jahren durchgeführter Schwangerschaftsabbruch ist für einen Zahnarzt völlig irrelevant. Entgegen den Ankündigungen ist der Datenschutz in der ePA meines Erachtens gefährlich lückenhaft.

Welchen Tipp möchten Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen geben?

Kulke: Ich empfehle allen Kollegen, äußerst kritisch zu prüfen, welche Informationen sie in die ePA einstellen, und damit auch ihre Klienten darin zu unterstützen, ihre Rechte zu wahren.

Jäger: Mein Tipp: Offen, aber gut informiert an das Thema herangehen. Die ePA verändert nicht nur Abläufe, sondern auch den Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten – besonders in der Psychotherapie. Es lohnt sich, technische, rechtliche und auch berufsethische Fragen gut zu reflektieren. Fortbildungen der KV und der Berufsverbände bieten zudem wertvolle Infos und praxisnahe Tipps.

Frau Jäger, Herr Dr. Kulke, Ihnen beiden vielen Dank für das Gespräch!

Interviews Kathrin Walenda (KVB)



Ab 1. Oktober verpflichtend

In der aktuellen „Hochlaufphase“ hält die „ePA für alle“ schrittweise Einzug in die Praxen. Ab 1. Oktober 2025 ist ihre Nutzung dann für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtend. Sofern noch nicht erfolgt, schaffen Sie nun bitte die technischen Voraussetzungen (Anbindung an die Telematikinfrastruktur mit aktuellem Konnektor und das „ePA für alle“-Update/-Modul für das PVS (Updatestufe 3.0)) und etablieren Sie die ePA in Ihren Praxisalltag.



Hartwig Kulke prüft äußerst kritisch, welche Informationen er in die ePA einstellt.

Förderung Klinische Neuropsychologie

Seit 5. Juli 2025 können die bayerischen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die „Förderung Klinische Neuropsychologie“ in Höhe von monatlich 2.900 Euro beantragen. Wie das geht, erläutert der Artikel.

Versorgungssituation und Ziel

Mit Blick auf die zukünftige Sicherstellung der vertragspsychotherapeutischen Versorgung besteht ein besonderer Bedarf für eine Förderung von Bereichsweiterbildungen zur Erlangung der Zusatzbezeichnung der Klinischen Neuropsychologie. Diese Fördermaßnahme hat nun der Vorstand der KVB beschlossen. Sie hat das Ziel, sowohl Psychotherapeuten in Weiterbildung finanziell zu unterstützen als auch Psychotherapeuten mit der Genehmigung zur Neuropsychologischen Therapie zu ermutigen, die Bereichsweiterbildung zukünftig anzubieten. Die wichtigsten Eckdaten der Förderung Klinische Neuropsychologie finden sie hier:

Anzahl: Förderung von fünf Vollzeitstellen für jeweils 24 Monate

(in Teilzeit möglich)

- Dauer: Befristung auf zunächst zwei Jahre
- Höhe: 2.900 Euro monatlich in Vollzeit
- Voraussetzungen:
 - Weiterbildungsbefugnis und Zulassung als Weiterbildungsstätte
 - Genehmigung zur Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten
 - Geförderte Weiterbildungszeiten müssen für die Bereichsweiterbildung absolviert werden.



Sollten Sie Interesse haben, Weiterbildungen in der Klinischen Neuropsychologie anzubieten, finden Sie die **Richtlinie** zur Förderung der Klinischen Neuropsychologie sowie weitere Informationen unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/foerderungen/weiterbildungsfoerderung#c10422

Was ist Klinische Neuropsychologie?

Die Klinische Neuropsychologie setzt sich mit Beziehungen zwischen Gehirn und Verhalten auseinander. Ein Fokus liegt auf Hirnschädigungen und deren Auswirkungen auf kognitive Funktionen, Verhalten und Emotionen. Klinische Neuropsychologen helfen Patienten bei der Rehabilitation im Zuge neurologischer Erkrankungen, Gehirnverletzungen, Schlaganfällen oder auch Long Covid.

Simon Moßburger (KVB)



KVB Servicecenter – Kurze Frage, direkte Antwort

Sie stecken mitten im Praxisbetrieb und brauchen eine schnelle Information am Telefon – speziell zu Abrechnung, Verordnung oder digitalen KVB Anwendungen? Wir sind für Sie da.

Servicezeiten

Montag bis Donnerstag 7.30 bis 17.30 Uhr
Freitag 7.30 bis 16.00 Uhr

Servicecenter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

eTec Support 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40



KVB Beratungscenter – 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!

Servicezeiten

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

Bayreuth (Oberfranken)

Telefon 09 21 / 2 92 – 4 99
E-Mail bc-bayreuth@kvb.de

Nürnberg (Mittelfranken)

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 99
E-Mail bc-nuernberg@kvb.de

Oberbayern

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 25 99
E-Mail bc-oberbayern@kvb.de

Würzburg (Unterfranken)

Telefon 09 31 / 3 07 – 4 99
E-Mail bc-wuerzburg@kvb.de

Regensburg (Oberpfalz)

Telefon 09 41 / 39 63 – 4 99
E-Mail bc-regensburg@kvb.de

München

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 99
E-Mail bc-muenchen@kvb.de

Straubing (Niederbayern)

Telefon 0 94 21 / 80 09 – 4 99
E-Mail bc-straubing@kvb.de

Augsburg (Schwaben)

Telefon 08 21 / 32 56 – 3 99
E-Mail bc-augsburg@kvb.de



Dienstplanänderungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

(Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)

Finden Sie in **Meine KVB**.



Dienstplanung DPP-online

Finden Sie in **Meine KVB**.

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 90
Fax 0 89 / 5 70 93 – 88 85
E-Mail info.dpp@kvb.de

Servicezeiten

Montag bis Freitag
9.00 bis 15.00 Uhr



Notarzt-Abrechnung

Finden Sie in **Meine KVB**.

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
E-Mail notarzdoku@kvb.de (NIDA)



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.

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).

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertreten durch den Vorstand:
Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz, Dr. med. Claudia Ritter-Rupp

Redaktion:

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

Kontakt zur Redaktion: KVBFORUM@kvb.de

Satz und Layout: KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck: Bonifatius GmbH, Paderborn

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:

Bayerischer Hausärztinnen- und Hausärzterverband/Torsten Fricke (Dr. Offenberger, Seite 26), Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (Seite 5 oben), Foto Jung (Dr. Kürmayer, Seite 25), Fotodesign Märzinger (Dr. Kollmer, Seite 24), Gedikom (Seite 4), Sabine Finger (Dr. Maier, Seite 24), Sozialstiftung Bamberg (Katharina Amon, Seite 27), stock.adobe.com/MO-Illustrations (Titelseite, Seite 8), stock.adobe.com/gustavofrazao (Seite 2 links), stock.adobe.com/Zerbor (Seite 2 rechts, Seite 29), stock.adobe.com/Ideenkoch (Seite 4), stock.adobe.com/joyfotoliakid (Seite 15), stock.adobe.com/bnenin (Seite 16), stock.adobe.com/momius (Seite 23), stock.adobe.com/Wilasinee (Seite 30), Privat (Seite 27, 28, 29), KVB/Klaus D. Wolf (Seite 2 Mitte, Seite 19), KVB/Nadine Stegemann (Seite 3), KVB (alle weiteren)



Gedruckt auf FSC®-
zertifiziertem Papier



www.blauer-engel.de/uz195

- ressourcenschonend und umweltfreundlich hergestellt
- emissionsarm gedruckt
- überwiegend aus Altpapier

RG4

Dieses Druckerzeugnis
ist mit dem Blauen Engel
ausgezeichnet.

